GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1897



ANNÉE 1897

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

SOIXANTE-HUITIÈME ANNÉE — DIXIÈME SÉRIE — TOME I

DIRECTEUR : Dr F. de RANSE

RÉDACTEUR EN CHEF : Pierre SEBILEAU



PARIS

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 1 2 Janvier 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

A NOS LECTEURS

Quand nous avons pris, il y a trente ans, la direction de la *Gazette Médicale de Paris*, le rôle de la presse médicale était notablement différent de ce qu'il paraît être aujourd'hui.

Sans doute, elle avait pour but et pour mission de faire connaître et de répandre au loin les faits nouveaux, les notions récemment acquises, les découvertes de chaque jour; mais elle ne se bornait pas à enregistrer simplement tous les matériaux qui s'offraient à elle et qu'elle pouvait recueillir, elle intervenait d'une manière active dans le mouvement, en faisant une sorte de sélection parmi ces matériaux, en rapprochant, coordonnant ceux qui lui paraissaient offrir le plus grand intérêt scientifique, ou avoir la portée pratique la plus nette et la plus immédiate.

Dans ses rapports avec les travailleurs, elle stimulait les uns, modérait les autres, les encourageait tous, jugeant souvent leurs différends, leurs revendications, et s'efforçant toujours d'être impartiale.

S'adressant à ses lecteurs, elle leur signalait, leur recommandait les travaux vraiment empreints d'originalité, les mettait en garde contre les plates compilations, les recherches faites à la légère, les conclusions hâtives ou mal justifiées, contribuant ainsi au succès légitime des travaux d'une valeur réelle.

En un mot, la presse médicale faisait œuvre de critique, prenait à tâche, parmi tant d'observations ou d'expériences produites, de résultats accusés, d'idées, d'hypothèses, de théories émises, de séparer le vrai du faux, le bon grain de l'ivraie, et continuait ainsi, sous une autre forme, l'enseignement de l'Ecole et de l'hôpital.

Aujourd'hui, les journaux de médecine sont, avant tout, des centres ou des recueils d'informations. Le lecteur a sous les yeux l'analyse rapide de tout ce qui se fait dans les laboratoires, les cliniques, les Sociétés savantes du monde entier : c'est à lui de se débrouiller au milieu de tous les matériaux que chaque jour voit s'entasser.

Nous ne voulons pas ici établir de comparaison entre les deux systèmes, encore moins faire le procès de l'un au détriment de l'autre; nous croyons, en effet, que, loin de s'exclure, ils se complètent réciproquement. A côté des journaux d'informations il y a donc une large place pour ceux qui, usant du contrôle de la critique, ne retiennent de tous les matériaux accumulés que ce qui est vraiment utile au savant ou au praticien.

Ainsi qu'il l'a déjà fait savoir dans un précédent numéro, notre rédacteur en chef et ami, M. Sebileau, se propose de reprendre, sinon de continuer, l'ancienne tradition de. la *Gazette Médicale*. Seulement, comme il est difficile aujourd'hui d'être encyclopédique, il restreint son champ d'action à la chirurgie, spécialement à la chirurgie pratique. Il nous sera permis de dire que notre distingué confrère est armé de pied en cap pour mener à bonne fin la tâche qu'il entreprend, et

c'est avec bonheur que nous applaudirons au nouvel essor d'un journal auquel notre nom est attaché depuis de si longues années.

Dr F. DE RANSE.

La *Gazette Médicale* devient, malgré son nom, une publication exclusivement chirurgicale. Elle ne traitera désormais de rien autre chose que de chirurgie, et j'ajoute de chirurgie pratique. Rien sur cette matière ne sera écrit qu'elle n'en donne connaissance à ses lecteurs.

Il faut qu'elle devienne en quelque sorte le *vade mecum* de tous les praticiens des grandes villes, des petites villes et des campagnes, puisque parmi ceux-ci, il en est une foule qui exécutent eux-mêmes beaucoup des opérations courantes qu'ils n'osaient entreprendre autrefois, et que la chirurgie, la chirurgie élémentaire tout ou moins, s'est infiltrée partout.

Pour les uns, la *Gazette Médicale* contiendra des cliniques chirurgicales courtes, simples, faciles, des études de consultation, des notes thérapeutiques mises au point, des articles de médecine opératoire. Pour les autres, elle donnera, dans chaque numéro, un résumé de tous les travaux de chirurgie pratique que la presse médicale aura publiés dans le cours de la semaine. Pour tous, elle sera le journal nécessaire, car elle seule, entre toutes les autres feuilles, sera capable de tenir le clinicien — grand ou petit — au courant des progrès journaliers de la pratique chirurgicale.

P. S.

TRAVAUX ORIGINAUX

Diagnostic du cancer du rectum.

Par M. le docteur QUÉNU,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

La bénignité, je dirai presque l'insignifiance des symptômes qui marquent le début des cancers du rectum démontrent assez, sans que nous ayons besoin d'insister, la nécessité absolue, le devoir qui s'impose à tout médecin consulté pour un trouble quelconque du côté du rectum, si léger qu'il soit, de pratiquer le toucher rectal. Bien plus, en l'absence de tout signe local, il faut se méfier de tout état dyspeptique prolongé, s'accompagnant de constipation opiniâtre, avec dépression des forces, de ces états qui font soupçonner quelque part un carcinôme viscéral. Pour écarter définitivement cette idée il ne suffit pas d'examiner le ventre et de n'y rien trouver par la palpation, il faut songer à l'exploration rectale et la pratiquer suivant toutes les règles.

Nous avons examiné puis opéré des malades qui pendant des mois avaient pris les conseils de médecins distingués ; ils étaient traités pour une dyspepsie ou pour un état hémorrhoïdaire. A plus forte raison la faute est-elle plus inexcusable encore lorsque la difficulté persistante des garde-robes, les épreintes et l'hémorrhagie indiquent la localisation du mal. Et pourtant, même dans ces cas, les médecins s'attardent aux poudres et aux potions, ils ont comme une répugnance pour une exploration qui seule peut donner le salut en permettant un diagnostic précoce et partant, avec une opération moins étendue, de meilleures chances contre la récidive. Ces explorations doivent être pratiquées avec la plus grande douceur, non seulement parce qu'elles sont très pénibles, mais encore parce que le doigt engagé dans un rétrécissement cancéreux du rectum peut en faire céder et fissurer les parois. C'est à cause de la possibilité de pareils accidents que nous réprouvons tout emploi de bougies, sondes, etc.

CANCER ANAL

Les résultats de l'exploration rectale (1) sont un peu différents, suivant que le cancer siège tout à fait en bas, à l'anus, qu'il occupe l'ampoule ou bien encore qu'il est hors d'atteinte ou presque hors d'atteinte du doigt.

Le *cancer anal* peut être entièrement caché dans le conduit anal ou s'étendre à la marge de l'anus en formant là une tumeur plus ou moins grosse. L'épithélioma intra-anal, surtout s'il est ulcéré, est généralement douloureux, l'exploration est très pénible et mal supportée si l'on n'a soin de cocaïniser d'avance la surface muqueuse. Au toucher, on peut sentir une tumeur d'une consistance très dure, à surface lisse, mamelonnée, ou bien irrégulièrement ulcérée au centre avec des bords élevés et indurés. L'ulcération est d'ordinaire anfractueuse, végétante, empiétant plus ou moins sur l'ampoule, douloureuse surtout lorsqu'elle a entamé les plis sphinctériens.

Déborde-t-elle hors de l'orifice, elle prend la forme

(1) Il est bon, si on le peut, de vider préalablement le rectum à l'aide d'un lavement, avant l'examen.

d'nne fissure encapuchonnée d'un repli de peau hypertrophiée simulant à s'y méprendre un condylome syphilitique. Mais en pinçant ce condylome entre les doigts, on le trouve d'nne dureté anormale; en écartant les plis de l'anus, on le voit se continuer avec une ulcération intra-anale reposant sur une plaque dure. Parfois cette petite production pseudo-condylomateuse est isolée et non reliée à un néoplasme intra-anal, mais en pratiquant le toucher on découvre un cancer de l'ampoule; il semble bien que le condylome cancéreux n'ait été, dans ce cas, qu'une greffe secondaire.

La tumeur anale n'est au début qu'un mamelon implanté sur une des parois, de là elle tend à envahir toute la circonférence, prenant la forme d'un croissant à concavité tournée en avant ou en arrière, créant un obstacle à la pénétration du doigt, amenant à la fois l'atrésie de l'orifice et l'incontinence des matières par envahissement du sphincter.

Puis la tumeur déborde l'orifice, végète à l'extérieur sous forme de masses irrégulières, rouges, saignantes, s'étendant parfois depuis le coccyx jusqu'à la racine des bourses.

Cette masse ou champignon atteint parfois le volnme d'un gros œuf de poule et plus encore, elle surplombe et cache l'orifice anal qu'on a quelquefois peine à trouver; dans un cas il fallait soulever un véritable chou-fleur pour découvrir un orifice bordé de deux ou trois petites hémorrhoïdes turgescentes et qui n'était autre que l'anus. La suppuration ichoreuse de ces végétations engendre un érythème fessier et périnéal analogue à celui que produisent toutes végétations d'une nature quelconque.

Il suffit d'être prévenu de cette forme végétante de cancer anal pour ne pas faire une confusion grossière du néoplasme avec les végétations banales des femmes enceintes, des vénériens, ou des gens sales; les végétations cancéreuses reposent toujours sur une base indnrée, elles se continuent ordinairement avec une tumeur intra-anale prolongée parfois jusqu'au rectum.

Il est impossible de confondre avec l'épithélioma les hémorrhoïdes turgescentes, molles, dépressibles, revêtues de muqueuse souple et lisse; l'erreur pourrait tout au plus se commettre quand, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'anus, le doigt perçoit deux ou trois petites tumeurs dures, formées par des hémorrhoïdes thrombosées, mais ces thromboses ou phlébites sont très douloureuses, de date récente, provoquent des épreintes et de la contracture, des troubles en un mot simulant ceux de la fissure; en outre, la dureté est plus élastique, moins ligneuse, les contours plus nets.

Les ulcérations simples ou tuberculeuses, vénériennes, syphilitiques, etc., ne reposent pas sur une tumeur comme l'ulcère épithélial, ce sont des ulcérations et non des tnmenrs nlcérées.

Une exception serait peut-être à faire pour la tuberculose verruqueuse et hypertrophique de l'anus et du rectum; il suffit de se reporter aux observations publiées pour constater que l'hésitation a été parfois assez grande pour engager le chirurgien à exciser un petit fragment de l'ulcération et le soumettre à l'examen histologique (1).

CANCER DE L'AMPOULE

Les sensations fournies par le toucher digital varient avec l'étendue des lésions et le degré de rectite surajoutée.

Dans les *formes partielles*, le doigt rencontre dans l'ampoule une saillie se détachant d'une des parois, remplissant plus ou moins la cavité intestinale, parfois molle, sauf à son implantation, parfois uniformément dure. On sent chez X... en déprimant le périnée, sur la face antérieure du rectum, une plaque à bord inférieur convexe, à surface lisse, mais dure, sensible, ulcérée; la tumeur est cratériforme avec des bords durs en relief et un centre irrégulièrement excavé et recouvert de végétations saignantes, laissant au doigt une odeur fétide (2).

Plus étendue, la lésion forme une masse qui entoure les deux tiers ou les trois quarts du rectum « avec des bords relevés et durs, un milieu excavé, renflé çà et là, bourgeonnant, le tout remplissant en grande partie la lumière du rectum »; des noyaux plus petits sont souvent disséminés, soit au-dessus, soit au-dessous de la masse principale.

Lorsque le cancer est *circonferentiel* il forme une masse mamelonnée, au centre de laquelle le doigt pénètre dans une excavation qui n'est autre que la lumière de l'intestin, mais rétrécie, déviée et inégale, le doigt franchit quelquefois ce détroit, et en accrochant le bord supérieur, peut abaisser le néoplasme; cet abaissement se produit assez fréquemment d'une façon spontanée, sous l'influence des poussées incessantes et de l'effort. La tumeur refoule en effet la muqueuse sous-jacente, elle s'invagine et le doigt ex-

(1) Quénu et Hartmann : *Chirurgie du rectum*, p. 105.

(2) Allingham insiste sur l'odeur du cancer du rectum qu'il considère comme pathognomonique.

plorateur rencontre une masse qu'on ne peut mieux comparer qu'à un col utérin épithéliomateux, l'invagination ayant créé tout autour du néoplasme de véritables culs-de-sac.

Les sensations sont toutes différentes dans les *formes massives ou infiltrées*. Le doigt s'engage alors dans un conduit tortueux à parois rigides, anfractueuses, à surface lisse par endroits, bosselée dans d'autres, sans qu'on puisse pour s'orienter distinguer, à travers les parois rectales trop dures, les organes voisins tels que la prostate, le coccyx, etc.; ces explorations sont particulièrement douloureuses.

Ces formes de cancer rectal pourraient prêter à confusion avec certains rétrécissements du rectum : dans les deux cas on observe de la suppuration, des saignements, un rétrécissement à parois cartonneuses, un état général mauvais, mais outre que chez un porteur de rétrécissements simples, la lésion pour avoir amené à l'état cachectique serait trop ancienne pour être de nature cancéreuse, le mamelonnement de la muqueuse, la rigidité sèche, le manque de souplesse de la muqueuse rectale propres aux rétrécissements syphilitiques ou autres, ne sauraient être confondus avec une induration étendue à toute l'épaisseur des tuniques rectales, induration que renforcent des saillies et de véritables tumeurs.

CANCER DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RECTUM

On sent à peine une induration au bout du doigt, mais on peut atteindre la tumeur en combinant, comme on fait pour l'exploration de l'utérus et des annexes chez la femme, le palper abdominal ou toucher rectal; le malade étant à plat, le siège bien relevé par ses deux poings, la main gauche appuyée fortement sur l'hypogastre, pendant que la main exploratrice déprime fortement le périnée. On réussit encore à abaisser la tumeur en faisant pousser le malade (1).

Chez la femme il est bon d'utiliser le toucher vaginal. Nous commençons même toujours par cette exploration qui déjà donne des renseignements importants sur le siège et la nature probable, avant de recourir à l'exploration directe si douloureuse et si pénible du rectum cancéreux.

On perçoit alors une masse qui fait bomber la paroi vaginale postérieure et semble faire saillie dans le vagin qu'elle rétrécit.

(1) Nous réprouvons spécialement, en cas de cancer, la manœuvre qui consiste à introduire la main entière dans l'ampoule rectale.

Voilà le diagnostic de la nature et du siège établi, il reste un point des plus importants, c'est de déterminer si le néoplasme s'est limité au rectum ou s'il a envahi les parties voisines; squelette, appareil urinaire, système lymphatique, etc.

En général, les troubles dans la miction indiquent une extension du carcinôme à la prostate : ces troubles consistent souvent dans une sorte de difficulté, de lenteur à uriner, surtout en certaines attitudes; parfois existent des envies fréquentes, un peu de cuisson à la verge et même de la polyurie.

Le doigt explorateur doit rechercher principalement si la paroi malade est mobile sur la prostate, si on peut la faire glisser sur elle, si la pression réveille les douleurs. Il est des cas où le diagnostic est des plus faciles, la paroi antérieure du rectum et la glande ne formant plus qu'une seule masse; chez un malade, l'ulcération de la face antérieure permettait d'introduire le bout de l'index dans une excavation qui, évidemment, était intra-prostatique.

Chez la femme, l'intégrité de la cloison recto-vaginale se constate aisément en plaçant un index dans le rectum et l'autre dans le vagin, en saisissant ainsi entre deux doigts la cloison et en faisant glisser le vagin sur la tumeur rectale.

Les rapports avec la vessie se jugeront d'après la possibilité d'abaisser la tumeur en l'accrochant avec le doigt et en lui imprimant des mouvements de haut en bas; il faut encore remarquer que les noyaux adhérents aux parties voisines sont plus spécialement douloureux. Ces adhérences à la vessie ne paraissent pas toujours occasionner des troubles urinaires, témoin l'observation suivante :

M. P... 48 ans. Début il y a 11 mois par un suintement de sang. Premier examen au mois de mai : Augmentation des pertes de sang, peu de douleurs spontanées. Douleurs depuis 6 mois dans le ventre et un peu à l'anus, amaigrissement depuis ce moment.

Au toucher, on constate au bout du doigt à 8 centimètres de l'anus une masse anfractueuse ulcérée, implantée solidement par une espèce de col dur formant un relief de 2 ou 3 centimètres sur la paroi antérieure du rectum. La tumeur fait le tour de l'intestin, mais tandis qu'on peut imprimer des mouvements à la paroi postérieure sur les parties péri-rectales, il est impossible de déplacer la paroi antérieure.

Lorsqu'on appuie latéralement sur cette espèce de col analogue au col utérin qui serait épithéliomateux comme si on voulait détacher cette paroi antérieure, on sent qu'à ce niveau la tumeur est implantée solidement sans subir aucune oscillation. La pression et ces explorations sont

spécialement douloureuses, tandis que la pénétration du doigt dans le défilé cancéreux ne détermine que peu de souffrances. Le doigt ne peut pas atteindre l'extrémité supérieure.

Aucune espèce de troubles fonctionnels dans l'appareil urinaire.

L'envahissement du péritoine sera considéré comme prohahle si à une hauteur dépassant 9 on 10 centimètres, le néoplasme est fixe et douloureux et surtout si le malade accnse spontanément des douleurs dans le ventre, alors qu'il n'existe ni météorisme ni obstruction pouvant en rendre compte.

La propagation au squelette se jnge aisément par l'adhérence au coccyx ou au sacrum.

L'extension aux parties molles du petit hassin en arrière ne tarde pas à faire éclater des douleurs le long du sciatique et dans le domaine des autres hranches du plexus sacré : une de nos malades accusait des douleurs jusque dans le talon. Le diagnostic des propagations à distance est plus difficile que les précédents. Sans doute on reconnaît aisément l'état des ganglions de l'aine et si leur tuméfaction est celle d'une inflammation hanale ou celle d'une adénopathie néoplasique, mais les ganglions lomhaires ou sacrés, ceux du mésorectum, les ganglions hémorrhoïdaux moyens échappent à nos recherches ordinaires ; ce n'est qu'après une laparotomie exploratrice qu'on pourrait affirmer leur intégrité ou leur participation au mal.

Aussi avons-nous conseillé d'utiliser l'incision de l'anus contre nature préliminaire pour explorer le pourtour du détroit snpérienr aussi hien à droite qu'à gauche. Nous avons reconnn de la sorte l'existence de ganglions préhypogastriques qui avaient échappé à toute palpation abdominale.

La généralisation du cancer rectal est peu commnne ; il importe, néanmoins, d'y penser, afin de ne pas infliger une opération prétendue cnrative au patient.

L'exploration du ventre, et principalement du foie, s'impose en première ligne.

L'augmentation de la matité hépatique peut être une présomption, elle n'est pas une indication certaine de la dégénérescence cancéreuse du foie. Nous avons constaté à une autopsie que le poids de l'organe hépatique atteignait 2,500 grammes, alors qu'il ne renfermait aucun noyau cancéreux ; cette augmentation de volume était simplement due à une dégénérescence graissense.

Inversement, chez un malade de Rinne, le foie n'avait subi aucune angmentation de volume, et pourtant tout le lobe droit était infiltré d'îlôts cancéreux.

L'hypertrophie dn foie prend, il est vrai, une signification importante et presque pathognomonique s'il s'y joint les grosses hosselures rénitentes qu'on ohserve dans nn certain nomhre d'encéphaloïdes hépatiques. Tel est le cas de l'ohservation suivante :

Un homme de 55 ans est atteint d'un cancer du rectum siégeant à six ou sept centimètres de l'anus. Les premières hémorrhagies datent de deux ans. Depuis six mois, le malade s'est aperçu que son foie était plus gros et débordait les fausses côtes. Le lobe gauche, en particulier, dépasse de cinq travers de doigts le rebord costal, sa surface est recouverte de bosselures. Il est atteint d'une affection du cœur.

Dans les cas doûtenx, nous nous croirions vraiment autorisés à pratiquer une laparotomie exploratrice, seule capable de donner les renseignements précis sur l'état du foie et du péritoine, sur la mohilité d'un cancer haut placé, sur sa limitation au rectum ou son extension aux culs-de-sac voisins, sur sa mohilité et son indépendance de tout viscère et spécialement de toute anse d'intestin grêle.

Enfin, le diagnostic sera complété par une analyse quantitative et qualitative de l'urine, puisque, d'une façon indirecte et sans y provoquer de dépôts métastatiques, nous savons que le cancer du rectum est susceptible d'altérer la structure du rein, de l'uretère et de la vessie.

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

CAUSERIE DE L'HOPITAL COCHIN — M. PIERRE SEBILEAU

Comment traiter l'appendicite chronique.

Le jeune homme que je viens d'examiner est atteint, ainsi que plusieurs d'entre vous l'ont diagnostiqué, d'*appendicite chronique*. Disons, pour ne rien préjuger de la nature précise du mal, que notre patient souffre de douleurs consécutives à une attaque d'appendicite aiguë : je crois, en effet, d'une part que nous ne sommes nullement édifiés, à l'heure qu'il est, sur la genèse et les lésions de l'appendicite chronique ni sur ce qu'il convient exactement de dénommer ainsi, et, d'autre part, que l'appendice n'est pas toujours le seul coupable qu'on doive incriminer dans les troubles douloureux consécutifs à une attaque aiguë.

Bref, le jeune homme que nous avons examiné ensemble souffre dans la fosse iliaque droite ; le travail de la diges-

tion, les exercices physiques, la marche, les efforts augmentent les douleurs : tout cela, je le répète, est la trace d'une appendicite aiguë guérie — au moins en apparence — depuis trois mois. J'ai très fermement conseillé au malade une opération — la résection de l'appendice iléo-cæcal — et lui ai signé un bon d'entrée à l'hôpital; mais comme vous m'avez vu, il y a quelques jours, beaucoup plus hésitant, beaucoup plus timide vis-à-vis les parents d'un jeune adolescent frappé du même mal, je vous dois quelques explications. Les voici :

L'avenir de toute personne qui sort guérie on paraît sortir guérie d'une attaque d'appendicite aiguë offre les trois modalités suivantes : 1° guérison définitive, et, en quelque sorte, extemporanée, sans douleurs ni troubles consécutifs, et à l'abri de toute rechute; 2° guérison définitive survenant seulement après une période plus ou moins longue de douleurs locales, mais à l'abri de toute rechute; 3° guérison temporaire suivie, à échéance plus ou moins longue, d'une rechute. Au total, il y a donc des appendicites qui ne récidivent pas et des appendicites qui récidivent. S'il est impossible d'établir la fréquence proportionnelle des unes et des autres, il est trois choses, et ce sont là des considérations fondamentales, qu'on peut affirmer :

C'est d'abord qu'il ne faut nullement se baser, pour nier la possibilité d'une rechute, sur la bénignité de la première attaque; c'est ensuite que la bénignité de cette première attaque ne met pas le moins du monde en garde contre la gravité de la seconde; c'est enfin qu'entre les deux crises peut exister, il est vrai, et existe souvent une période de santé parfaite, sans troubles d'aucune sorte, mais que, dans un bon nombre cas, quelques symptômes (douleurs, tiraillements, indigestions) font, en quelque sorte, durant la période d'accalmie, pressentir le danger.

Voilà sur quels éléments cliniques il faut édifier votre thérapeutique; quelle doit-être celle-ci ?

Première catégorie. — Puisque, dans un certain nombre de cas, le chirurgien peut, à certains signes, présager, avec peu de chances d'erreur, le retour des accidents, l'hésitation, pour ces cas, n'est pas permise : il faut conseiller bardiment aux malades la seule chose capable de parer aux accidents très probables qui les menacent : la *résection de l'appendice iléo-cæcat à froid*, opération dont les dangers, au vu et au su de tout le monde, ne sont nullement en rapport avec la gravité possible d'une nouvelle attaque qui peut affecter aussi bien la forme d'une appendicite perforante aiguë que celle d'une simple colique appendiculaire. Voilà pourquoi j'ai dit à notre malade d'aujourd'hui : « *Faites vous opérer*. »

Deuxième catégorie. — Puisque, dans beaucoup de cas, rien ne peut cliniquement faire prévoir une rechute appendiculaire, le problème se réduit à ceci : De quel poids relatif pèsent dans la balance : d'une part, les chances de récidive et la gravité de celle-ci, et, d'autre part, les dangers de l'appendicectomie ? En ce qui concerne la gravité supputée de la rechute, mon avis est qu'il convient de mettre les choses au pire : il saute aux yeux que c'est avec les cas sévères qu'il faut compter. Je n'oublierai jamais le pauvre ami que nous avons perdu ici, dans cet hôpital, il y a quelques années et qui mourut d'une péritonite suraiguë quelques mois après avoir souffert d'une simple colique appendiculaire. Nous voilà donc d'accord sur un point capital, mais reste toujours à faire la parallèle entre : 1° les chances de récidive; 2° la gravité opératoire.

Je ne crois pas, certes, que la résection de l'appendice iléo-cæcal soit une opération grave, je la tiens même pour bénigne. Mais il ne faut pas oublier qu'elle fait courir au malade, non seulement les risques, très petits, il est vrai, d'une laparotomie banale, mais ceux encore d'une recherche quelquefois pénible de l'appendice, d'une dissection laborieuse de cet organe fixé par des adhérences, d'une rupture possible de ses parois, d'une infection locale que favorise le microbisme latent d'un processus mal éteint, d'un choc opératoire qui fut quelquefois mortel; ceux, enfin, d'une éventration post-opératoire.

Lisez, sur ce sujet, le travail récent de mon élève et ami Granboulan : vous y verrez qu'il ne faut pas, en matière d'appendicectomie à froid, tabler sur un succès certain. Je connais un cas de mort : il ne m'appartient pas. Personnellement, j'ai eu, dans un cas, beaucoup d'ennuis et une sérieuse inquiétude.

Est-ce donc qu'il ne faille pas intervenir ? Si, il faut intervenir, et il le faut parce que tous ces dangers réunis ne me paraissent pas pouvoir faire le contre-poids de ceux qu'encourt, du fait d'une récidive probable ou possible, tout malade ayant présenté déjà une ou plusieurs attaques d'appendicite.

Mais songez que cette opération — pour les cas au moins dont nous parlons — s'adresse à des individus en pleine bonne santé, apparente tout au moins, que, dans une certaine mesure, elle offre pour eux des dangers, et comprenez jusqu'à quel point la responsabilité du médecin se trouve engagée dans une pareille intervention et comment, pour les cas où il s'agit d'enfants et d'adolescents, elle se trouve en quelque sorte doublée vis-à-vis des parents.

Voilà pourquoi, il y a quelques jours, devant les parents du jeune malade qui paraissait tout à fait guéri de son appendicite aiguë, mais qu'un confrère m'avait adressé, je conseillais avec réserve une opération qu'en vérité je croyais utile, mais des indications de laquelle j'ai voulu qu'ils fussent, leur conviction faite, les seuls juges.

Je termine :

1° Tout malade ayant souffert d'une attaque d'appendicite confirmée, même légère, a intérêt à subir l'appendicectomie à froid, car il est bien rare qu'un « appendice qui a été touché guérisse jamais complètement »,

2° Quand un malade a eu plusieurs attaques — car les

chances de récidive augmentent avec le nombre des crises précédentes — ou quand il présente les symptômes dont l'ensemble constitue l'appendicite chronique (douleurs, troubles digestifs, etc.), il faut *hardiment* conseiller l'opération.

3° Quand, au contraire, il n'y a eu qu'une crise, que l'accalmie est complète et la santé en apparence excellente, il convient, tout en montrant les bénéfices d'une intervention, d'en dire aussi les dangers, de dégager, en somme, sa responsabilité, en disant au malade, et surtout à ceux qui ont charge de veiller sur lui s'il s'agit d'un enfant, le pour et le contre des choses, et de lui fournir sincèrement les données d'un problème qu'il devra résoudre lui-même, à ses risques et périls et, en quelque sorte, à l'abri de toute pression médicale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 décembre. — Présidence de M. Monod.

Pathogénie de l'appendicite.

(Suite de la discussion.)

M. Reynier. — Je prends la parole pour protester contre l'argumentation soutenue par M. Lucas-Championnière à la dernière séance. Contrairement à notre collègue, je pense qu'il faut proscrire la purgation active au début de l'appendicite. Je pense que, dans tous les cas, les accidents ont pu être imputés à la purgation. A peine doit-on donner un purgatif doux et léger dans certains cas où l'on juge utile l'évacuation intestinale. Dans ma pratique, donc, je continuerai à maintenir l'intestin au repos.

Quant au point de vue du diagnostic de l'appendicite, qui a été abordé par M. Lucas-Championnière, il me paraît utile de ne pas le confondre dans une discussion commune avec la pathogénie de l'appendicite et je crois qu'il est nécessaire d'en reporter la discussion à une séance ultérieure.

M. Brun. — MM. Bazy et Lucas-Championnière se sont appuyés sur ce que j'ai précédemment dit pour réhabiliter la typhlite. Je proteste contre cette réhabilitation. Je crois la typhlite exceptionnelle, si tant est qu'elle existe. Très souvent, j'ai opéré des cas où les médecins avaient porté le diagnostic de typhlite dans lesquels il s'agissait d'abcès appendiculaires.

M. Bazy a insisté sur les altérations primitives du cæcum et il dit que certains calculs sont trop volumineux pour franchir l'appendice. Mais, si tout le monde a observé ces altérations cæcales, pour ma part, je n'ai jamais trouvé l'appendice sain là où le cæcum paraissait malade. Donc, je conclus que l'appendice est toujours plus malade que le cæcum. On n'a jamais présenté d'appendice sain là où l'on avait rencontré des altérations cæcales.

J'en viens maintenant à la discussion de M. Pozzi. M. Pozzi a défendu la théorie du vase clos soutenue par M. Dieulafoy. Mais M. Pozzi nous a surtout beaucoup parlé de salpingite et d'ictère, et les faits cités par lui, concernant la pathogénie de l'appendicite elle-même, se résument en somme à une seule observation. Et encore, dans le cas dont il nous a parlé, est-il seulement prouvé ce que nous disons presque tous, c'est-à-dire que l'infection a été l'origine des accidents. M. Routier, qui est aussi l'un des défenseurs de la théorie du vase clos, nous dit qu'il faut une oblitération complète de l'appendice pour que les lésions de l'appendicite soient déterminées. Or, M. Pozzi nous paraît dire justement le contraire de ce que dit M. Routier.

En fait, ce qui domine dans la pathogénie de l'appendicite, c'est l'infection intestinale primitive.

C'est, à la vérité, la même infection qui provoque l'ictère catarrhal par le même mécanisme.

Cependant l'obstruction complète de l'appendice n'est pas indifférente aux phénomènes qui se passent, et je considère comme correspondant à des cas très graves ceux dans lesquels existe cette oblitération.

M. Pozzi. — Je n'ai point dit que l'oblitération du cholédoque était le phénomène initial de l'ictère. J'ai seulement dit que l'on avait d'abord de l'infection, puis de l'oblitération du cholédoque et de l'ictère mécanique consécutif à l'infection qui est la cause de l'oblitération. J'ai donc fait jouer un rôle important à l'oblitération, mais en tenant grand compte de l'infection qui l'avait causée. Eh bien ! disais-je, pourquoi ne pas admettre le mécanisme si connu de l'ictère catarrhal bénin, quand il s'agit d'expliquer la production de l'appendicite ?

Il me paraît que vous avez été trop prompt à combattre la théorie soutenue par M. Dieulafoy. Cette théorie a pour elle tous les faits expérimentaux et les faits cliniques ; non seulement les faits expérimentaux de Klecki, déjà anciens, mais ceux, plus récents, de Roger et Josué et de Gervais de Rouville, montrant tous que si l'on transforme l'appendice ou une anse intestinale en cavité close, la pullulation microbienne se produit.

Je le répète, j'accepte cette théorie, mais je ne saurais cependant l'accepter en tous points, telle que la conçoit M. Dieulafoy. Je pense que l'on peut discuter la première partie de sa théorie d'après laquelle l'oblitération détermine l'infection ; ce fait est prouvé expérimentalement, mais je le trouve sujet à caution, tandis que je pense que le second point de sa théorie, *la gravité de l'oblitération en cavité close d'un conduit naturellement infecté*, est une vérité indiscutable.

J'ajouterai, enfin, que je tiens compte des deux autres facteurs : d'abord, l'ischémie facile de l'appendice, mal nourri par son méso et si facile, d'ailleurs, à se couder, et puis la virulence particulière à certaines appendicites.

M. Bazy. — J'ai à opposer aux faits de M. Brun, qui dit n'avoir jamais trouvé de lésions cæcales sans altéra-

tions plus avancées de l'appendice, un cas que m'a communiqué M. Souligoux, dans lequel on a trouvé une perforation cæcale avec un appendice à peine adhérent. Il est clair que, dans ce cas, le cæcum avait des lésions incomparables en gravité à celles de l'appendice.

M. Routier. — Contrairement à l'opinion soutenue par quelques-uns des orateurs qui ont pris part aux débats soulevés par le rapport que j'avais lu sur l'observation de M. Guinard, je pense que les désordres intestinaux que l'on dit être la cause de l'appendicite sont toujours consécutifs à l'appendicite et non pas causés par elle. Et j'en veux pour preuve ce fait constant, à savoir que toutes les fois que j'ai enlevé l'appendice, les désordres intestinaux ont cessé et ils n'ont cessé qu'à la condition que l'appendice tout entier ait été enlevé. C'est donc bien l'appendice qui est le point de départ de tous les accidents.

On a dit que l'abcès terminal était un mode de guérison de l'appendicite : ce n'est pas toujours vrai. Le plus souvent, il faut, pour que cette guérison ait lieu, que l'appendice ait été enlevé.

A ceux qui ont voulu réhabiliter la vieille typhlite, je dirai que je n'y crois guère. Toutes les fois que l'on m'a fait faire la laparotomie pour un diagnostic de typhlite, j'ai trouvé le cæcum sain. Le fameux boudin cæcal n'est, le plus souvent, dû qu'à la contraction musculaire.

Je dirai aussi à M. Pozzi que je ne crois pas à l'ischémie facile d'un appendice mal nourri par ses artères : au contraire, le sang appendiculaire est abondant, l'appendice est très vasculaire.

En terminant, enfin, je me rattache encore une fois à la théorie de M. Dieulafoy, parce que c'est celle qui nous rend le mieux compte de la plupart des accidents de l'appendicite.

M. Chauvel lit un rapport sur une observation de fracture du crâne où **M. Chupin** (médecin militaire) a fait la trépanation préventive.

Tumeurs sacro-coccygiennes.

M. Phocos (de Lille) lit deux observations de tumeurs sacro-coccygiennes observées chez des nouveau-nés, dont l'une présente quelque intérêt parce qu'elle était animée de battements rythmiques que l'auteur attribue à l'action des fibres musculaires striées renfermées dans cette tumeur.

Présentations de malades.

M. Picqué présente un malade atteint d'un cancer du pylore que **M. Souligoux** a opéré d'après sa nouvelle méthode d'entéro-anastomose.

M. Delorme présente un malade atteint de névrite ascendante du nerf cubital, d'origine traumatique, qu'il a notablement améliorée par la compression. Ce malade présentait des troubles trophiques considérables et toutes les conséquences graves des plaies des nerfs : éléphantiasis de la main correspondante, causalgie, glossyskin. Aujourd'hui, on peut pétrir, frapper sa main sans qu'il souffre, et surtout l'éléphantiasis a considérablement diminué. Le malade n'a plus de douleurs provoquées, mais il a de temps à autre des douleurs spontanées dues à la myélite consécutive.

Ce résultat obtenu par M. Delorme présente un grand intérêt parce que le malade dont il s'agit a été soumis à d'autres opérations (névrectomies) qui n'ont produit aucun résultat.

M. Quénu présente un calcul du cholédoque extrait, par laparotomie, avec succès. Le centre de ce calcul ainsi que la bile étaient infectés par le coli-bacille.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

De l'étiologie coccidienne du cancer.

Dans une revue générale publiée par le *Bulletin médical* (n° 102, 1896, p. 1227), le docteur **Emile Calmette** donne un aperçu de l'état actuel de la théorie parasitaire du cancer. Il montre que cette théorie, momentanément délaissée après les travaux critiques des anatomo-pathologistes, a repris un nouvel essor en ces derniers temps avec les recherches des deux savants russes, **Sawtschenko** et **Podwyssoski**, qui ont réhabilité la théorie coccidienne du cancer en démontrant, dans les cellules, la présence de véritables spores et de corps falciformes. Podwyssoski a même trouvé des ressemblances frappantes, sous le rapport des vacuoles des corpuscules arrondis et des corps falciformes entre les formes dessinées par Sawtschenko et les stades d'évolution du coccidium oviforme du foie des lapins. Il donne enfin aux spores productrices du cancer le nom de cytozoon neoplasmatis.

M. Calmette fait d'ailleurs remarquer combien les données cliniques et épidémiologiques sont en faveur de la théorie parasitaire du cancer. N'est-ce pas là, en effet, l'explication la plus plausible pour les faits si fréquemment observés de carcinose miliaire aiguë, développée à la façon d'une maladie infectieuse, ainsi que pour les faits d'épidémies de cancer constatées par Arnaudet, Fiessinger (d'Oyonnax). L'expérimentation, elle-même, entre les mains du docteur Morau (*Revue scientifique*, 1895, p. 41), a pu reproduire huit fois le cancer épithélial d'une souris blanche, par l'inoculation à dix autres souris de la même espèce. Bien plus, le docteur Morau a pu contagionner des souris saines par des punaises venant des cages de souris cancéreuses. Tous ces faits tendent donc à prouver, non seulement la contagion du cancer, mais aussi sa propagation possible par des organismes étrangers, et en fin de compte, ce sont là des preuves d'une importance capitale en faveur de la théorie parasitaire du cancer.

Traitement du cancer par les rayons de Rœntgen.

M. Despeignes (*Lyon Médical*, n° 51, 1896, p. 550), publie l'observation d'un malade atteint « d'un petit ulcus cancroïde épithélial du repli lingual » et présentant, en outre, une glande lymphatique gonflée dans la région sous-maxillaire, le tout accompagné de ptyalisme perpétuel et de douleurs névralgiques intenses. Ce malade a été soumis aux rayons de Rœntgen. On a fait deux séances quotidiennes d'une demi-heure ou d'un quart d'heure. Les douleurs ont considérablement diminué à la suite de ce traitement.

Cette observation a été envoyée à M. Despeignes par le docteur Voigt, de Hambourg. Elle vient corroborer une observation semblable due à M. Despeignes, et publiée dans le *Lyon-Médical*, les 9 et 26 août 1896, qui démontre que les rayons de Rœntgen ont une action nulle au point de vue de l'évolution de la maladie, mais très nette et très remarquable au point de vue de l'anesthésie en général et de la diminution des douleurs intenses habituelles dans certaines affections chroniques.

De l'origine infectieuse du rachitisme.

M. Mircoli, au VII° Congrès de Médecine interne, tenu à Rome, a rapporté le cas d'un petit garçon rachitique, atteint de paralysie bulbaire aiguë, chez lequel il a découvert, par l'examen bactériologique, la présence du staphylocoque et celle du streptocoque. D'après Mircoli, ce fait, joint aux épidémies de rachitisme et à son existence dans certaines familles, constitue un argument irréfutable en faveur de l'origine infectieuse de cette maladie. On se rappelle que Gley et Charrin ont publiés récemment à la Société de Biologie (Voir *Semaine Médicale*, n° 21, 1896) les résultats d'expérimentations qui plaident aussi en faveur de cette origine.

CHIRURGIE DU FOIE

Innocuité du liquide biliaire.

MM. Jaboulay et **Bret** publient, sur ce sujet, une intéressante observation dans la *Province médicale* (n° 51, 1896, p. 601). Mais cette observation soulève certains points de doctrine que nous allons brièvement rappeler en résumant les réflexions qui l'accompagnent.

On admet d'abord que la rupture d'un kyste hydatique du foie est généralement précédée d'une communication entre la poche du kyste et les voies biliaires. On admet aussi que la bile tue les hydatides et que c'est là un mode de guérison spontanée du kyste.

Il s'ensuit, alors, que le contenu du kyste, primitivement liquide clair, eau de roche, devient bientôt plus ou moins teinté d'éléments biliaires et d'apparence trouble.

Mais il ne s'agit point là d'un processus septique. Car, de même que le liquide transparent et homogène du kyste est aseptique, de même son mélange avec la bile n'offre point les propriétés nocives qu'on lui a quelquefois attribuées. La preuve en est dans l'observation de MM. Jaboulay et Bret et dans les observations de Mauny, Rendu et Foerster, qui démontrent toutes que la rupture intra-péritonéale de liquide hydatique avec mélange de bile peut se produire sans s'accompagner fatalement de péritonite. Rappelons, enfin, que cette innocuité de la bile, même de la bile non diluée par un liquide quelconque, tel qu'un épanchement ascitique, persisterait, d'après Dupré et Schwartz, tant que la bile est aseptique.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Traitement de la cystite tuberculeuse.

M. Routier (*Union médicale de Paris*, 12 décembre 1896). — Après avoir, comme la plupart de mes collègues, essayé les divers moyens préconisés contre la cystite tuberculeuse, j'en suis arrivé à diviser cette maladie en deux périodes au point de vue du traitement.

Dans une première période, que je prolonge le plus possible, je m'abstiens de toute intervention locale; je proscris aussi bien les instillations que les lavages, je me contente d'instituer un traitement général : régime lacté partiel, huile de foie de morue créosotée, frictions révulsives sur les reins et l'abdomen, bains salés.

Quand les mictions sont trop fréquentes ou sanglantes, que les malades sont, par les douleurs et les envies d'uriner, privés de sommeil, je pratique une cystotomie suspubienne; tout au plus, s'il y a trop d'ulcérations vésicales, je les touche au thermocautère.

Quand le méat hypogastrique fonctionne bien, qu'il n'y a plus de douleurs, je fais par ce méat d'abord, puis par la voie uréthrale ensuite, pratiquer des lavages boriqués : on arrive ainsi peu à peu à reconstituer une capacité vésicale raisonnable, 140, 160 grammes. Quand ce résultat est bien acquis, après trois, quatre et six mois, je referme le méat hypogastrique.

J'ai opéré ainsi quelques malades, et vraiment les résultats sont encourageants.

Cette méthode est longue, mais n'entraîne avec elle aucune gravité.

CHIRURGIE DU THORAX

Les rayons de Rœntgen appliqués au diagnostic de la tuberculose pulmonaire et des épanchements pleuraux.

M. Ch. Bouchard a rapporté à l'Académie des sciences les résultats de ses recherches sur l'application des rayons Rœntgen au diagnostic des épanchements pleuraux et de la tuberculose pulmonaire.

D'après ces recherches la radioscopie donne des renseignements analogues à ceux de la percussion. L'air pulmonaire se laisse traverser par les rayons X, de même qu'il sert

de renforcement aux bruits de la percussion. Quand l'air est chassé du poumon plus on moins complètement par un liquide épanché on par un tissu morbide infiltré, la clarté radioscopique du thorax diminue ou fait place à une obscurité plus ou moins complète, et en même temps la sonorité normale s'atténue et peut être remplacée par la submatité ou la matité absolue.

De même, l'épanchement pleurétique arrête en partie les rayons X, et marque par un teinte sombre à l'examen radioscopique le côté malade qui contraste ainsi avec la clarté brillante du côté sain.

CHIRURGIE DE L'INTESTIN

Quand et comment doit-on inciser une appendicite ?

Cette intéressante question, posée et traitée par **M. Verchère** (*Méd. mod.*, n° 104, 1896, p. 793), nous remet sous les yeux les fameuses discussions auxquelles la pathogénie de l'appendicite a récemment donné lieu à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie.

C'est qu'il existe, en effet, actuellement, une pathogénie différente, sinon de l'appendicite elle-même, du moins des phénomènes qu'elle détermine. D'une part, des chirurgiens tels que MM. Brun et Walther admettent la théorie de la folliculite intestinale. C'est l'intestin, d'abord. qui est malade. Il survient ensuite de la lymphangite, puis de la congestion et enfin une immobilisation fonctionnelle de l'appendice. Cela représente, en somme, le pincement latéral de l'intestin et son tableau anatomique. D'autre part, MM. Dieulafoy et Talamon admettent la théorie du vase clos avec une oblitération réelle de l'appendice.

Dans les deux cas donc. nous sommes en présence d'une oblitération réelle de l'appendice, et l'on sait que cette oblitération, d'après les faits de MM. Verchère et Clado et d'après les expériences plus récentes de Klecki et de Roger, détermine la production de cultures microbiennes qui se font avec une étonnante rapidité. De ces cultures naissent des produits toxiques qui, s'ils tombent dans la cavité péritonéale libre, non protégée, sont résorbés rapidement et provoquent la septicémie intestino-péritonéale. Dans de telles conditions, on conçoit qu'une telle infection du malade, survenant presque d'emblée, nécessite une thérapeutique appropriée.

A côté de cette forme septicémique de l'appendicite, il existe la forme phlegmoneuse. Le péritoine, par réaction inflammatoire au voisinage de l'appendice, a établi des adhérences qui protègent la grande cavité séreuse. L'infection se limite donc autour de l'appendice, détermine la formation d'un phlegmon qui pourra s'abcéder et donner lieu à un abcès de la fosse iliaque.

Au résumé, il y a deux grands formes de l'appendicite aiguë dont les limites respectives sont faciles à établir d'après ce qui vient d'être dit. D'un côté, septicémie intestino-péritonéale avec l'effrayant tableau que l'on connaît : douleur abdominale stupéfiante, tension et ballonnement subits du ventre, vomissements immédiats, rapidement verts porracés, puis fécaloïdes, hypothermie, pouls incomptable filant sous le doigt, facies typique, dyspnée, urines rares, suppression des selles et des gaz, puis hoquet et souvent mort rapide; d'un autre côté, phlegmon de la fosse iliaque péri-appendiculaire accompagné ou non du gros boudin cæcal, dont il est facile de distinguer l'appendicite où la tuméfaction est placée plus bas et plus horizontalement.

Ce phlegmon a une marche non foudroyante, mais insidieuse et plus lente : ou bien il guérit en restant à l'état de phlegmon de la fosse iliaque sans s'abcéder ; ou bien il suppure, et il est alors capable de vider son pus à l'extérieur ou bien dans une cavité voisine (intestin, utérus, vessie, etc.).

Dans les cas de septicémie péritonéo-intestinale, la conduite à tenir est l'opération hâtive, dès le premier symptôme apparu ; « le malade succombera presque toujours, mais on lui aura donné la seule chance de salut qu'il pouvait avoir. »

Ce sont des cas que l'on opère par la laparotomie médiane avec lavages du péritoine et résection de l'appendice, que l'on trouve libre d'adhérences, parfois perforé. Ce sont là des cas que l'on opère aussi par l'incision sus-iliaque, faite largement pour atteindre le cæcum et réséquer l'appendice. On termine par un tamponnement à la Mickulicz sans refermer le ventre.

Il n'est pas besoin d'être aussi prompt quand on est en présence de la forme phlegmoneuse de l'appendicite. Ici, on attend quatre ou cinq jours. on guette le pus et l'on incise là où il se montre et donne de la fluctuation. Cela revient donc à traiter un vulgaire abcès, par une incision facile. On vide la poche, on vide les poches secondaires, s'il y en a. Mais, avant toutes choses, il faut éviter de faire le moindre dégât, afin de ne pas ouvrir la grande cavité péritonéale au pus dont elle est heureusement protégée.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 4 AU 9 JANVIER 1897

EXAMENS DE DOCTORAT

LUNDI 4 JANVIER, à 1 heure. — 1er : MM. Blanchard, Weiss, André. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Heim. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Marchand, Lejars, Delbet. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Ricard, Humbert, Varnier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Tuffier, Walther. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Hayem, Letulle, Widal. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Fournier, Chauffard, Gilles de la Tourette.

MARDI 5 JANVIER, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Poirier, Thiéry. — 3e Oral (1re partie) : MM. Tarnier, Le Dentu, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Berger, Nélaton. — 5e (1re partie), Chi-

rurgie, Charité (2e série) : MM. Panas, Pozzi, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Cornil, Debove, Marie.

MERCREDI 6 JANVIER, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Ricard, Humbert, Poirier. — 1er : MM. Gautier, Weiss, Heim. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Wurtz. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Ricard, Lejars, Bonnaire. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Marchand, Peyrot, Broca.

JEUDI 7 JANVIER, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Bar, Albarran. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Guyon, Nélaton, Maygrier. — 3e (2e partie) : MM. Joffroy, Raymond, Ménétrier. — 4e : MM. Proust, Thoinot, Wurtz.

VENDREDI 8 JANVIER, à 1 heure. — 1er : MM. Gariel, Blanchard, André. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Gilles de la Tourette, Letulle. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker : MM. Potain, Gaucher, Widal. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 9 JANVIER, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Berger, Pozzi, Quénu. — 1er : MM. Gariel, Blanchard, Chassevant. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Thiéry. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Ménétrier. Marfan. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

THÈSES DE DOCTORAT

MERCREDI 6 JANVIER, à 1 heure. — *M. Ravanier* : Rétrécissements traumatiques de l'urèthre membraneux ; leur traitement (MM. Tillaux, Pinard, Tuffier, Netter). — *M. Thoizon* : Sur un point du traitement de l'infection puerpérale (MM. Pinard, Tillaux, Tuffier, Netter).

JEUDI 7 JANVIER, à 1 heure. — *M. Dufour* : Des insuffisances aortiques d'origine traumatique (MM. Brouardel, Jaccoud, Chantemesse, Hartmann). — *M. Ardoin* : Contribution à l'étude des infections aiguës du tube digestif chez l'enfant (MM. Jaccoud, Panas, Chantemesse, Hartmann). — *M. Jacovidès* : L'ichtyol dans le traitement des conjonctivites et des blépharites (MM. Panas, Jaccoud, Chantemesse, Hartmann).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. Wurtz, agrégé, chargé de cours, continuera le cours de pathologie expérimentale et comparée les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures, au laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique, premier étage), à partir du 4 janvier 1897.

HOPITAUX DE PARIS

Le concours des prix de l'internat est terminé. La *médaille d'or* (médecine) est décernée à M. Claude et la *médaille d'argent* à M. Gasne ; un *accessit* a été accordé à M. Kahn.

La *médaille d'or* (chirurgie) à M. Baudet et la *médaille d'argent* à M. Lapointe.

NOTES POUR L'INTERNAT

DES HYDARTHROSES

Définition.

Epanchement de sérosité dans une synoviale articulaire.

Pathogénie et anatomie pathologique.

Parmi les hydarthroses, il y a d'abord ce qu'on peut appeler les œdèmes articulaires. Ceux-ci sont : 1° ou *actifs*, comme ceux qui apparaissent à la suite de la plaie d'un nerf et peut-être ceux qui se montrent dans une articulation, à une distance variable d'un foyer de fracture ; 2° ou *passifs*, comme ceux qui se produisent dans une maladie du cœur, ceux qui surviennent au milieu d'un état cachectique et ceux encore qui sont dus à la stase locale, ainsi qu'on le voit dans la phlegmatia alba dolens et dans certaines compressions des membres. En dehors de ces simples œdèmes, on peut dire que toute hydarthrose signifie (loi absolue de la pathologie des séreuses) : réaction *inflammatoire* plus ou moins violente de la synoviale. Ceci fait comprendre : 1° que les causes de l'hydarthrose doivent être très nombreuses, puisque celle-ci est fonction d'arthrite en général ; 2° que les articulations grandes, serrées, travaillant beaucoup (genou, hanche tibio-tarsienne, épaule) sont plus spécialement frappées d'hydarthrose ; 3° que cette hydarthrose est surtout fréquente chez les individus exposés aux causes phlogogènes (hommes, adultes, travailleurs).

L'hydarthrose est un symptôme : on peut donc dire qu'elle n'a pas d'anatomie pathologique. Les lésions de l'os, du cartilage, de la synoviale, des tissus voisins ne dépendent pas d'elle, mais de la maladie qui l'a causée. La seule chose qui puisse lui être imputée, c'est l'action mécanique exercée par le liquide sur les tissus articulaires ou péri-articulaires. Or, cette action se résume à trois choses :

1° L'état lavé, décoloré de la synoviale ;

2° La distension et l'allongement ligamenteux ;

3° Le relâchement ligamenteux qui en est la conséquence ;

4° L'imbibition séreuse des cartilages qui perdent leur brillant et se ramollissent.

Quant au liquide, dont la quantité est très variable, il est, suivant cas : *a*) jaune clair, citrin, séreux ; *b*) blanchâtre, plus ou moins onctueux, avec flocons albumineux et leucocytes. Ne perdant jamais tout à fait sa ressemblance avec la synovie physiologique, il est, comme elle : muqueux, coagulable par chaleur, pourvu de cellules endothéliales. C'est parce que l'hydarthrose est le symptôme fondamental d'une variété d'arthrite appelée *synovite plastique articulaire* (Mauclaire), que, confondant l'effet avec la cause, on a coutume de décrire comme lésions anatomiques habituelles de cette hydarthrose :

1° L'épaississement de la synoviale (pachysynovite) ;

2° Sa transformation cartilagineuse par îlots ;

3° La présence de villosités et de fausses membranes sur

sa face interne et l'implantation, en certains points, de corps étrangers organisés;

4° La transformation fibreuse (bourrelets indurés) du tissu cellulaire sous-synovial;

5° L'hypertrophie des os intra-articulaires (rotule en ce qui concerne le genou).

Mais toutes ces altérations ne sont *nullement* le fait de l'hydarthrose proprement dite, qui est un syptôme.

Description clinique.

Sur un malade atteint d'hydarthrose, on constate :

1° A LA VUE :

a) Augmentation générale du volume de la région articulaire qui s'arrondit.

b) Effacement des méplats qui se nivellent avec ces saillies.

c) Saillie de la synoviale en des points qui sont, pour une articulation donnée, toujours les mêmes (de chaque côté de l'olécrâne pour le coude, entre le deltoïde et le grand pectoral pour l'épaule, en avant pour la tibio-tarsienne, en arrière surtout pour la radio-carpienne.)

d) Saillie des culs-de-sac synoviaux. Pour le genou, c'est au niveau du cul-de-sac sous-tricipital, en dedans et en dehors surtout, que la saillie de l'hydarthrose est la plus apparente.

e) Saillie des bourses séreuses péri-articulaires en communication avec la synoviale. Ainsi, pour l'épaule, le prolongement synovial de la longue portion du biceps; pour la hanche, la bourse du psoas; pour le genou, la bourse du jumeau interne.

f) Modifications dans la situation du membre, qui se met ordinairement en demi-flexion.

g) L'atrophie musculaire quand l'hydarthrose date déjà d'un certain temps (atrophie de la cuisse, du triceps surtout quand le genou est frappé d'hydarthrose).

h) La saillie de quelques tendons ou muscles voisins, qui ne s'observe que dans les *cas aigus* et qui est la marque de la contracture dans laquelle les muscles se sont placés pour défendre l'articulation contre tout mouvement (biceps et long supinateur pour le coude, muscles postérieurs de la cuisse pour le genou, grand pectoral pour l'épaule).

i) Modifications de couleur de la peau qui, dans les cas d'hydarthrose due à une arthrite aiguë, peut être plus ou moins colorée; qui, au contraire, est normale ou pâle dans les hydarthroses chroniques, et souvent en desquamation, en raison des nombreux topiques appliqués sur la région. Rarement (tumeurs malignes osseuses périarticulaires) il y a développement exagéré de la circulation veineuse sous-cutanée.

2° A LA PALPATION.

a) Au niveau des saillies de la synoviale, mollesse ou rénitence suivant la tension du liquide intra-articulaire.

b) Fluctuation et sensation de flot. Pour percevoir le flot on frappe d'une chiquenaude une des saillies et le liquide vient frapper la main placée sur une autre saillie de la synoviale (chose possible au genou quand il y a faible tension du liquide). Pour percevoir la fluctuation, aucune manœuvre spéciale n'est nécessaire pour la majorité des articulations; au genou, le membre étant en résolution musculaire, on pousse par petits coups la rotule vers les condyles, après avoir embrassé des deux mains les régions sus- et sous-articulaire, et on perçoit : 1° le choc rotulien; 2° l'expansion des culs-de-sac sous-tricipitaux latéraux.

c) Modifications thermiques de la peau qui est plus ou moins chaude seulement dans les cas aigus. Ordinairement rien.

d) Epaississement de la synoviale et induration du tissu sous-synovial, tout cela se traduisant par la présence de bourrelets plus ou moins durs, plus ou moins mobiles, qui simulent quelquefois de vrais corps étrangers. Ils existent surtout au niveau des culs-de-sac (genou).

e) Quelquefois, bruits spéciaux (crépitation spéciale) produits, dans la recherche de la fluctuation, par corps étrangers multiples.

3° EXAMEN DES MOUVEMENTS PROVOQUÉS.

a) Augmentation et diminution de l'amplitude des mouvements.

Les mouvements provoqués sont moindres ordinairement pour deux causes : 1° contracture musculaire dans les cas aigus; 2° présence de l'épanchement qui diminue l'amplitude des mouvements. Mais si cette amplitude des mouvements physiologiques est diminuée, elle est, au contraire, augmentée quelquefois, dans des cas chroniques, pour les mouvements anormaux (ainsi mouvements de latéralité apparaissent dans genou, coude).

b) Bruits de craquements, ou plutôt de « crépitation soyeuse » perçus quelquefois quand on explore ces mouvements.

4° TROUBLES FONCTIONNELS.

Ils sont très variables suivant : 1° la cause de l'hydarthrose; 2° son degré; 3° son caractère aigu ou chronique.

On constate, suivant les cas :

a) Simple gêne des mouvements.

b) Mouvements limités, bridés, douloureux ou non.

c) Tendance (cas chroniques) aux entorses.

d) Les hydarthroses chroniques ne sont pas vraiment douloureuses, mais le malade *sent* ses genoux; il y a tension, fourmillements, pesanteur. La mise en fonction de l'article est difficile, lente, plus ou moins pénible; l'articulation a besoin de « s'échauffer ». Un peu trop d'exercice, le froid, l'humidité, augmentent l'épanchement. Souvent, le matin, au lever, le genou est plus « lourd ». Pour les cas aigus ou subaigus, les symptômes fonctionnels et douloureux sont très variables : ils peuvent aller jusqu'à impotence complète.

(*A suivre.*) P. S.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. des ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 2 9 Janvier 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU.**

A NOS LECTEURS

La *Gazette Médicale* devient, malgré son nom, une publication exclusivement chirurgicale. Elle ne traitera désormais de rien autre chose que de chirurgie, et j'ajoute de chirurgie pratique. Rien sur cette matière ne sera écrit qu'elle n'en donne connaissance à ses lecteurs.

Il faut qu'elle devienne en quelque sorte le *vade mecum* de tous les praticiens des grandes villes, des petites villes et des campagnes, puisque parmi ceux-ci, il en est une foule qui exécutent eux-mêmes beaucoup des opérations courantes qu'ils n'osaient entreprendre autrefois, et que la chirurgie, la chirurgie élémentaire tout ou moins, s'est infiltrée partout.

Pour les uns, la *Gazette Médicale* contiendra des cliniques chirurgicales courtes, simples, faciles, des études de consultation, des notes thérapeutiques mises au point, des articles de médecine opératoire. Pour les autres, elle donnera, dans chaque numéro, un résumé de tous les travaux de chirurgie pratique que la presse médicale aura publiés dans le cours de la semaine. Pour tous, elle sera le journal nécessaire, car elle seule, entre toutes les autres feuilles, sera capable de tenir le clinicien —grand ou petit— au courant des progrès journaliers de la pratique chirurgicale.

P. S.

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

CAUSERIE DE L'HOPITAL COCHIN — M. PIERRE SEBILEAU

Traitement des polypes de l'utérus.

J'ai rectifié hier, devant vous, le diagnostic qu'avant mon arrivée l'un de mes élèves avait porté sur une malade de notre consultation et je vous ai montré qu'il s'agissait, dans l'espèce, non pas, ainsi que vous le pensiez, d'un cancer du corps de l'utérus, mais bien d'un fibrôme pédiculé de cet organe. En quelques mots, je vous ai dit quel traitement il convenait de diriger, dans le cas particulier, contre la tumeur de notre patiente; un peu surpris, sans doute, de la proscription formelle dont j'ai, dans notre court entretien, frappé des méthodes d'exérèse encore recommandées dans la plupart de vos livres, quelques-uns d'entre vous m'ont demandé de consacrer au traitement chirurgical des polypes intra-utérins une de nos causeries journalières. La voici :

Je ne saurais, je crois, rendre la démonstration plus claire qu'en vous résumant l'histoire clinique des quatre dernières malades que j'ai opérées : aussi bien trois d'entre elles ont-elles pu être examinées et étudiées par plusieurs de ceux qui m'écoutent aujourd'hui.

Ma *première* patiente était une jeune femme qu'un de vous m'avait adressée. Cette jeune femme, depuis quelques mois, avait des menstrues très abondantes, accompagnées de coliques utérines intenses; depuis huit jours, elle perdait beaucoup de sang, mais les douleurs qui, au début de cette nouvelle hémorrhagie, s'étaient montrées très violentes, avaient disparu tout d'un coup. C'est qu'en effet la malade avait accouché dans le vagin d'un petit polype fibreux. Ce polype était d'un très petit volume, gros à peine comme la moitié de l'extrémité de l'auriculaire ; un pédicule allongé, étiré, très grêle, attachait la tumeur à l'utérus.

Le traitement était facile : je saisis entre les mors d'une pince et le plus haut possible le pédicule du polype, je tordis ce pédicule plusieurs fois sur lui-même et, sans même qu'il me fût nécessaire de donner un coup de ciseaux, la tumeur se détacha. Il n'y eut pas, cela s'entend, le plus petit écoulement de sang.

Ma *seconde* patiente — que j'ai opérée il y a plusieurs mois — était atteinte d'un polype tout à fait invisible de l'utérus : il y avait des ménorrhagies. des métrorrhagies, de la leucorrhée, des douleurs d'expulsion ; le cathétérisme me donnait la notion d'un corps étranger obturant l'orifice supérieur du canal cervical. Je savais, du reste, que la malade avait été, une première fois déjà, opérée en Vendée par un de mes élèves, pour un polype descendu dans le vagin.

Ici encore, le traitement était simple. Il y avait un polype utérin et je ne le voyais pas. Il fallait donc, tout d'abord, le voir, et, pour le voir, il fallait se donner du jour. Je pratiquai pour cela la dilatation du col avec des tiges de laminaire. Au bout de deux jours, quand celle-ci fut suffisante, j'abaissai l'utérus avec des pinces, je pratiquai le toucher intra-utérin, confirmai par cette exploration le diagnostic que j'avais porté et enlevai le polype de la façon suivante: l'utérus étant abaissé (juste assez pour ne pas provoquer de douleurs chez la malade), je tordis plusieurs fois le pédicule du polype sur son axe et, glissant ensuite le long de mon index gauche introduit dans la cavité utérine de longs ciseaux courbes, je tranchai ce pédicule à son insertion. A peine quelques gouttes de sang s'écoulèrent.

Ma *troisième* patiente — peut-être quelques-uns d'entre vous n'en ont-ils pas perdu la mémoire — souffrait d'un polype utérin dont elle n'avait pas encore accouché dans le vagin. mais qu'on voyait très bien dans le canal cervical; la malade était en pleine crise d'expulsion (cette crise n'était pas la première) et perdaît assez abondamment. Je pensai qu'il était inutile de différer plus longtemps l'intervention et j'essayai — sans espoir sérieux, du reste — d'introduire une laminaire de petit volume entre la tumeur et les parois du canal cervical : cela me fut tout à fait impossible. Le lendemain, sous le chloroforme, j'abaissai l'utérus et, de chaque côté, je sectionnai le col depuis le museau de tanche jusqu'à l'insertion vaginale. Le polype fit hernie, mais comme il remplissait trop complètement le segment supérieur du canal cervical et menaçait ainsi de gêner les derniers temps de l'intervention, je dilatai celui-ci avec une pince (cette dilatation extemporanée ne donne jamais beaucoup de lumière) et alors je commençai la torsion. Par crainte de provoquer dans cette manœuvre — étant donné le volume assez considérable du pédicule — une inversion du fond de l'utérus, je jugeai qu'il valait mieux ne pas insister ; je fis donc une ligature sur ce pédicule, le plus haut que cela me fut possible, et je le sectionnai au-dessous du fil, laissant à la nature le soin d'en éliminer le segment supérieur, privé sans doute de ses vaisseaux par les quelques tours de torsion déjà pratiqués. Je suturai le col : tout se passa bien.

C'est parce que j'avais éprouvé quelque embarras dans cette opération, parce que je n'y avais pas vu clair comme il faut toujours voir clair en chirurgie et parce que j'avais dû laisser en place — sans tenir, en somme, pour certain qu'il se sphacélerait et s'éliminerait — le segment supérieur du pédicule, que je résolus, pour ma quatrième malade, de suivre une autre ligne de conduite.

Cette *quatrième* patiente, vous l'avez tous vue, je crois : je l'ai opérée pendant les vacances, le 11 août 1896, dans le service de mon maître Schwartz. Si je précise ainsi les faits, c'est que, depuis moi, M. Schwartz a pratiqué deux fois, dans le courant du mois d'octobre, l'opération que je vais vous décrire et qu'il en a fait le sujet d'un intéressant travail publié récemment dans la *Semaine Gynécologique* (1). Ne croyez pas, au moins, qu'il s'agisse ici de récrimination : j'ai d'autant moins de raison de récriminer contre un de ceux que, parmi mes anciens maîtres j'apprécie le plus et j'aime le mieux, que

(1) Ed. Schwartz : *De l'hystérotomie médiane antérieure vaginale appliquée à l'extirpation des polypes intra-utérins*. In *Semaine Gynécologique*, 24 novembre 1895, n° 43, p. 337.

celui-ci, ayant appris que mon opération était antérieure à la sienne, a bien voulu donner à l'un de mes élèves qui doit écrire sur ce sujet sa thèse inaugurale, l'observation de ses deux malades.

Voici donc, en quelques mots, l'histoire de ma patiente. Elle était porteur d'un gros polype utérin descendu dans le vagin et perdait du sang en grande abondance depuis quelques jours; le pédicule de ce polype était volumineux, et toute tentative que l'on fit pour introduire une tige de laminaire dans l'utérus resta infructueuse. Je pratiquai l'opération suivante, sous le chloroforme : l'utérus étant fortement abaissé, j'incisai le cul-de-sac vaginal antérieur et avec les doigts je décollai le péritoine jusque vers le milieu du corps utérin; introduisant alors des ciseaux dans l'orifice inférieur du canal cervical, je fendis la paroi antérieure du col et celle de l'utérus jusqu'au niveau du point où le péritoine avait été décollé. Gêné par le polype, j'en pratiquai le mocellement et m'aperçus qu'il prenait insertion plus haut. Je décollai alors le péritoine jusqu'au bord supérieur de l'utérus, sectionnai jusqu'au fond de l'organe ce qui restait de la paroi antérieure et pus alors, après avoir placé une ligature sur le pédicule qui était gros au moins comme une saucisse, le sectionner à sa base. Je suturai, d'abord, l'utérus de haut en bas, après en avoir curetté la muqueuse, puis le cul-de-sac vaginal antérieur qui fut ainsi complètement fermé et je laissai un gros drain dans la cavité utérine. La malade guérit en quelques jours, sans aucun accident.

Telles sont les quatre observations cliniques que je voulais vous rappeler: elles vont me servir à poser maintenant les règles générales et les indications casuelles du traitement des polypes utérins.

A. — Règles générales

Avant toute intervention, vous devrez faire une toilette sévère de vos mains et de vos instruments, de la vulve et du vagin de la malade; je n'insiste pas : je ne cesse chaque jour de vous montrer l'impérieuse nécessité de l'asepsie.

Il convient d'éliminer de l'appareil destiné à l'exérèse des polypes utérins, tous ces instruments dont se servaient autrefois les chirurgiens et dont quelques-uns se servent encore : l'écraseur de Chassaignac, le serre-nœud de Maisonneuve, l'anse galvanocaustique. Ces instruments sont encombrants, d'un maniement difficile et d'une stérélisation plus difficile encore. Je ne suis pas très éloigné de croire, comme M. Pozzi, qu'ils ont fait plus de victimes que sauvé de malades.

En tous cas, leur moindre défaut est d'être tout à fait inutiles.

Le pédicule des polypes utérins est, en règle générale, excessivement peu vasculaire; je tiens pour certain que beaucoup pourraient être tranchés d'un coup, sans précautions préalables et sans qu'il en résultât aucun inconvénient; en tout cas, la torsion de ce pédicule s'il est mince, sa ligature s'il est gros, doivent suffire à dissiper toute crainte d'hémorrhagie. La torsion ne doit être employée sur les pédicules volumineux qu'avec précaution : elle peut entraîner le fond de l'utérus et. de la sorte, provoquer une inversion de l'organe.

Il n'est pas nécessaire, après avoir pratiqué la torsion, d'attendre deux ou trois jours, ainsi que le fait M. Pozzi, pour couper le pédicule : la section extemporanée est meilleure. On la pratique avec des ciseaux courbes glissés le long de l'index, si l'on opère par les voies naturelles, tout au fond du canal cervical; avec le thermocautère, de préférence, si une section préalable de l'utérus met sous les yeux du chirurgien la région sur laquelle s'implante le polype.

Il vaut beaucoup mieux, à mon avis, ainsi que le recommandent les auteurs, et contrairement à ce que pense M. Pozzi, couper le pédicule près de la base que loin d'elle. Il se peut, en effet, que la portion restante de ce pédicule ne subisse pas la gangrène et que les accidents réapparaissent quelques jours ou quelques semaines après l'opération : j'en ai vu un cas.

B. — Indications casuelles.

1° Polype visible à petit pédicule. — Quand une femme est atteinte d'un petit polype dont le pédicule est grêle et qui fait saillie dans le vagin, il suffit de saisir ce polype entre les mors d'une pince et de le tordre plusieurs fois sur lui-même : il se détache tout seul, séance tenante.

2° Polype visible à pédicule moyen. — Si le pédicule est plus gros et semble ne pas devoir se déraciner par la simple torsion, on dilate le canal cervical avec des tiges de laminaire, et on coupe le pédicule, préalablement tordu, avec des ciseaux courbes. Ces ciseaux seront glissés dans l'utérus le long de l'index gauche introduit dans le canal: il faut, pour bien faire, que l'utérus soit immobilisé par des pinces.

3° Polype caché. — Quand le polype est invisible, il faut encore pratiquer la dilatation du col. Celle-ci

permet de vérifier le diagnostic et, s'il y a lieu, d'opérer comme je viens de l'indiquer : quand on échoue dans les tentatives de dilatation, il faut s'ouvrir une voie artificielle, selon la manière que je vais dire maintenant.

4° *Polype à large pédicule* (visible ou caché). — Quand le polype est attaché sur l'utérus par un large pédicule — que la largeur de ce pédicule ait été constatée sans intervention préalable. comme cela peut se faire si la tumeur fait saillie dans le vagin, ou après la dilatation si la tumeur est enfouie dans le canal cervical — ou bien quand la dilatation déjà essayée a été impossible, il faut renoncer à l'opération par les voies naturelles et pratiquer des incisions libératrices sur l'utérus.

a) La double section verticale, allant du museau de tanche à la ligne d'insertion du vagin sur le col, est mal commode et souvent insuffisante, car la partie supérieure du canal cervical, l'isthme, reste fermée à l'exploration et aux manœuvres.

b) Il faut, à cette opération, préférer la section médiane de l'utérus, après incision transversale du cul-de-sac vaginal antérieur sur le col et décollement du péritoine aussi haut que le nécessite l'étendue de la section de la paroi utérine, étendue qui est elle-même commandée par le point d'implantation du polype. Cette intervention n'est pas autre chose que le premier temps de l'hystérectomie vaginale exécutée par le procédé de Qnéuu-Muller.

Voilà vraiment la méthode de choix du traitement des polypes utérins à gros pédicule. méthode que je suis le premier, je crois, à avoir, de propos délibéré, employée dans l'espèce. Si l'on est sûr de ses propres mains et du vagin dans lequel on opère — et il devrait toujours en être ainsi — l'on peut suturer l'une à l'autre les deux lèvres utérines (sans la muqueuse) et fermer ensuite le cul-de-sac vaginal; il est bon de curetter la muqueuse de l'utérus et nécessaire d'en drainer la cavité : pour ce faire, la gaze antiseptique est mauvaise (drainage capillaire) et doit céder le pas aux gros collecteurs en caoutchouc (drainage tubaire).

Il me serait tout à fait indifférent, le cas échéant, d'inciser ou de crever le cul-de-sac péritonéal antérieur : en ce cas, je suturerais le péritoine comme le vagin et cela ne changerait rien au résultat. J'y placerais sans doute, pour quelques jours, un petit appareil de drainage si j'avais en l'idée qu'il s'agit d'un utérus sérieusement infecté.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 janvier. — Présidence de M. Moxon.

Plaies pénétrantes de l'abdomen par cartouches Lebel chargées à blanc. — Observation et expériences.

M. Micbaux. — **M. Cbupin** (médecin militaire) nous a envoyé l'observation d'un homme qui s'était tiré un coup de fusil Lebel dans la région du flanc gauche avec une balle chargée à blanc. Ce soldat fut de suite conduit à M. Chupin, qui procéda, sous le couvert de la plus stricte antisepsie, à l'examen de la paroi abdominale où siégeait, dans le milieu du flanc gauche, une blessure à contours noircis. Avec la sonde, M. Chupin s'assura que la pénétration de l'abdomen était sûre. Il nota l'existence d'un emphysème de la paroi, mais les gaz n'avaient point d'odeur. Enfin, en enfonçant la sonde plus loin dans la plaie, il atteignit la crête iliaque, qui était fracturée. Cette fracture de la crête iliaque lui fit craindre une lésion intestinale; aussi procéda-t-il, deux heures après l'accident, à une laparotomie exploratrice.

La laparotomie fut faite latéralement, en prenant la plaie de la paroi comme centre. Le péritoine était perforé, mais il n'y avait aucune lésion de l'intestin. De même, les régions voisines, dans la cavité abdominale, furent soigneusement explorées et reconnues exemptes de toute trace de lésion. M. Chupin se contenta donc d'introduire une mèche de gaze iodoformée et d'immobiliser l'intestin pendant un certain nombre de jours avec de l'opium. Le malade n'eut pas la moindre élévation de température et, deux mois plus tard, il sortait de l'hôpital complètement guéri.

Messieurs, notre collègue a droit à nos félicitations pour avoir, dans le cas qu'il nous a rapporté, pratiqué de suite la laparotomie exploratrice. Il est vrai que l'intestin a été trouvé indemne, mais il pouvait ne pas l'être et la fracture de la crête iliaque dûment constatée était plutôt en faveur de cette dernière hypothèse.

Cette observation nous montre donc, une fois de plus, l'excellence de la laparotomie exploratrice en pareil cas.

Je n'insisterai pas davantage sur l'observation de M. Chevassu pour m'étendre sur l'importance que nous devons tous attacher aux blessures causées par les cartouches à blanc.

J'ai fait, à ce point de vue, quelques recherches dans les annales de la chirurgie militaire et j'ai noté, entre autres choses, un cas de fracture de la mâchoire inférieure par une cartouche à blanc, tirée à une distance de vingt centimètres, et cet autre, plus grave encore, d'un soldat qui reçut, à une distance de quarante centimètres, la décharge d'un fusil Lebel, chargé avec une cartouche à blanc, et qui succomba quelque temps après. On trouva, ici, à l'autopsie, une déchirure du foie. Ce sont donc là des faits intéressants.

Mais M. Chupin a joint à son observation le résultat

d'expériences faites sur le cadavre dans le but d'étudier, expérimentalement, les désordres occasionnés par les cartouches à blanc, dans les tissus, et vous allez voir que ces expériences ont une importance non moins grande que les faits signalés plus haut.

M. Chupin a expérimenté quatre fois sur la région abdominale : trois fois avec balle de carton et une fois sans balle de carton et voici les résultats qu'il a obtenus :

Première expérience : Coup à bout portant ; ouverture de deux centimètres, le péritoine déchiré fait hernie, intestin indemne.

Deuxième expérience : Tir à 10 centimètres, mêmes lésions que précédemment, intestin toujours indemne.

Troisième expérience : Tir à 25 centimètres, simples foyers de débris de carton entre les muscles, péritoine indemne.

On note donc jusqu'ici que l'intestin, mobile, arrête les effets du projectile.

Quatrième expérience : Coup à bout portant sans balle en carton, dans la région hépatique. Il y a une petite perforation du péritoine, et sur la surface convexe du foie une petite plaie étoilée.

Les autres expériences de M. Chupin ont porté sur la paroi thoracique.

Cinquième expérience : Coup à bout portant dans la région sternale; on note une perforation du sternum, une plaie du poumon ; une ouverture du péricarde et une plaie de l'oreillette droite ayant une longueur de 3 centimètres.

Sixième expérience : Tir à deux mètres ; aucune lésion ne se produit.

Au résumé, ces expériences nous montrent les dangers des tirs à proche distance, avec les cartouches à blanc, et la susceptibilité particulière des os plats, tels que le sternum, aux traumatismes de ce genre.

M. Robert. — Les expériences faites par M. Chupin ont été maintes fois répétées par les médecins militaires. Il convient de savoir, pour les compléter, que les balles de carton ont une vitesse initiale qui dépasse 700 mètres à la seconde, qui est donc supérieure à celle des balles métalliques. Il faut, en effet, que cette balle soit chassée par une poudre très vive dont la texture est granulée, et ce sont, en réalité, les filets gazeux de la cartouche qui causent les plus grands dangers. C'est donc à des phénomènes d'expansion considérable qu'est due la nocivité des cartouches à blanc. Encore faut-il savoir que cette nocivité ne commence qu'à une distance de 50 centimètres et qu'elle est nulle aux distances supérieures.

M. Michaux. — L'intérêt de ces faits mérite donc bien l'importance que je lui ai accordée dans mon rapport, et il montre les dangers auxquels on s'expose en s'approchant trop près des tirs de cartouches à blanc.

M. Delorme. — L'autorité militaire, instruite de ces faits, a prescrit, depuis longtemps déjà, l'ordre de ne pas s'approcher, dans les tirs avec balles en carton, à une distance de moins de deux mètres.

Anévrysme cirsoïde de la région temporale.

M. Nélaton. — **M. Roux** (de Brignolles) nous a envoyé un travail, sur un cas d'anévrysme cirsoïde, pour lequel vous m'avez chargé de vous faire un rapport. Le malade de M. Roux était un jeune homme de 22 ans chez lequel s'était développée, dans la région temporale droite, une tumeur cirsoïde volumineuse et parfaitement caractérisée. Cette tumeur s'était développée depuis l'âge de six ans et paraissait consécutive à une chute. Dans le voisinage de cette tumeur il y avait des dilatations serpentines. Enfin, du côté gauche, pas de tumeur cirsoïde, mais des dilatations vasculaires à peine marquées dans les régions préauriculaire, frontale et temporale gauche.

M. Roux a opéré son malade en faisant l'ablation de la tumeur temporale droite, précédée de la ligature de la carotide externe. Il s'est alors produit un affaissement considérable des dilatations serpentines du côté correspondant.

Quatre mois plus tard, les dilatations serpentines du côté droit restant guéries, celles du côté gauche prirent soudain un volume considérable.

Tels sont les faits. Ils devaient naturellement prêter à quelques observations de la part de M. Roux. Or, les observations que nous présente M. Roux sont en complet désaccord avec les notions que nous a données M. Terrier en 1890 sur l'anévrysme cirsoïde.

D'un côté, M. Roux a examiné au microscope la tumeur qu'il avait enlevée, et il n'a point trouvé de communication artérioso-veineuse. Il a dès lors invoqué, pour expliquer la tumeur, différentes théories, soit une maladie inflammatoire, soit un nœvus antérieur.

D'un autre côté, on se rappelle que M. Terrier a considéré l'anévrysme cirsoïde comme résultant d'une communication entre les artères et les veines.

On conçoit que ces deux manières d'envisager la question devaient engendrer des thérapeutiques différentes. Quoi qu'il en soit, quelques points restent obscurs. Si on admet, avec M. Roux, que l'anévrysme cirsoïde soit une maladie inflammatoire portant sur les petits vaisseaux, comment admettre que la maladie ait guéri du côté droit pour se développer ensuite du côté gauche ? Dira-t-on que la guérison soit attribuable à la ligature de la carotide externe de ce côté ? Cela ne me paraît nullement évident. Peut-être pourra-t-on dire avec M. Terrier que M. Roux n'a fait que guérir une tumeur symptomatique, mais alors l'objection suivante est à faire à M. Terrier : Pourquoi ne s'est-il pas produit de récidives du côté droit au niveau des dilatations serpentines ?

A la vérité, le cas et les explications de M. Roux sont exceptionnels, et la physiologie pathologique m'en paraît incompréhensible. Je me borne donc à vous signaler ce fait et à constater l'exception. Je dirai toutefois que le traitement appliqué par M. Roux me paraît bon pour le cas dont il s'agit. Mais ce traitement est exceptionnel

comme le cas auquel il s'applique, et je pense, en définitive, qu'il faut nous en tenir, aujourd'hui, à propos des anévrysmes cirsoïdes, à ce que nous a enseigné M. Terrier.

M. Quénu. — M. Nélaton se rappelle-t-il tout ce qui a été dit ici lors de la présentation de la malade de M. Terrier? Les examens histologiques faits par M. Malassez ont montré qu'il existait une communication entre une artériole et une veinule et comme nous avions, M. Terrier et moi, chez cette malade, une tumeur qui avait tous les caractères de la tumeur cirsoïde, nous avons conclu que la communication entre l'artère et la veine était la cause de la tumeur cirsoïde.

Mais nous n'avons pas voulu dire que dans tous les anévrysmes cirsoïdes on était susceptible de voir cette communication. C'est uniquement le hasard d'une coupe qui l'a fait voir à M. Malassez. Mais cela nous a paru suffisant pour édifier une théorie, cadrant, d'ailleurs, fort bien avec ce que nous savons de la physiologie pathologique de la tumeur cirsoïde.

Nous avons dit alors que. dans certains cas, la communication a lieu entre de gros troncs et l'on a alors l'anévrysme artério-veineux et que, dans d'autres cas, la communication se faisait entre des artérioles et des veinules donnant lieu à la tumeur cirsoïde.

Pour le traitement opératoire, j'ai montré à M. Terrier qu'il n'était pas nécessaire de faire la ligature de la carotide externe, mais qu'il suffisait, pour éviter l'hémorrhagie, de mettre un tube d'Esmarch autour du front du malade; avec cela l'excision de la tumeur me paraît suffisante.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DE L'INTESTIN

La pyloroplastie.

Le **Dr Caujole** (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 3 janvier 1897, p. 1) écrit une revue générale sur l'opération de Heinecke.

Cette opération consiste : 1° à inciser dans le sens de la longueur les parois antérieures de l'estomac, du pylore et des premières portions du duodénum ; 2° à donner ensuite à la plaie, par une traction exercée sur le milieu de chacune des lèvres, une direction perpendiculaire à sa direction primitive ; 3° à suturer, enfin, dans cette position nouvelle.

La pyloroplastie ne saurait être efficace contre les rétrécissements cancéreux; il en est de même des rétrécissements syphilitiques et tuberculeux et des sténoses par compression, par dislocation stomacale, par corps étranger. En revanche, l'opération de Heinecke est indiquée dans le rétrécissement par hypertrophie simple des parois duodénales et pyloriques, dans le rétrécissement spasmodique et, avant tout, dans les sténoses cicatricielles, mais à la condition, dans ce dernier cas, que les tissus morbides ne soient pas trop volumineux et que le pylore ne soit pas immobilisé par des adhérences péritonéales considérables.

Il faut pratiquer la laparotomie médiane; la plaie opératoire intéressant l'estomac et le pylore est le plus souvent linéaire. Cette plaie doit mesurer 8 centimètres environ; elle se fait en deux temps, dont le premier constitue la gastrostomie exploratrice et le second l'incision opératoire proprement dite : cette dernière doit dépasser les parties malades.

La pyloroplastie présente des accidents immédiats et éloignés. Parmi les premiers, il faut citer : 1° les hémorrhagies résultant de la section d'adhérences; 2° les ruptures pariétales du pylore, de l'estomac ou du duodénum dans les manœuvres de mobilisation; 3° les hémorrhagies dues à l'incision des parois stomacales; 4° la déchirure des tissus pendant la suture. Parmi les seconds, on doit craindre : 1° le choc; 2° le réveil d'anciennes affections; 3° l'hémorrhagie interne; 4° la péritonite; 5° la digestion de la plaie par le suc gastrique; 6° l'éventration.

La pyloroplastie est une opération curative : si les récidives sont très rares, si les morts éloignées le sont plus encore, la liste des guérions complètes et durables est longue et démonstrative; elle a donné jusqu'à présent 77 0/0 de succès.

Sur un nouveau procédé de cure radicale des hernies inguinales.

MM. Duplay et **Cazin** décrivent dans les *Archives de médecine* (janvier 1897, p. 28) une nouvelle méthode de cure radicale des hernies inguinales qui comprend deux points essentiels : 1° le traitement du sac par une série de nœuds diversement associés suivant les conditions de longueur et d'épaisseur du sac (on ne fait pas de ligature sur ce sac) ; 2° la suppression des fils perdus dans les sutures profondes.

Le premier point — au dire des auteurs — peut être appliqué d'une façon très avantageuse à tous les cas dans lesquels le sac est suffisamment mince et souple, et réalise mieux que la méthode de Macewen tous les avantages que l'on a attribués à cette méthode.

Le second point ne peut pas être généralisé de la même façon, mais dans beaucoup de cas (petit orifice herniaire, paroi abdominale solide), il paraît certain aux auteurs qu'on peut avantageusement remplacer les fils perdus des sutures profondes par deux ou trois fils d'argent profonds, prenant solidement chacun des piliers et les rapprochant l'un de l'autre, complétés par quatre ou cinq autres fils comprenant toutes les parties molles que l'on pourra ramener au-devant de l'anneau inguinal.

Quand la paroi abdominale est très mauvaise, il faut employer le procédé de Bassini.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate.

M. de Drézigné *(Bull. méd.*, 3 janvier 1897, p. 5) donne le résultat de 22 résections des canaux déférents pratiquées contre les accidents de l'hypertrophie de la prostate.

L'opération est sans gravité; tous les malades ont été notablement améliorés. Par le toucher rectal on put, chez tous les opérés, suivre la diminution du volume de la prostate.

Il ne semble pas, du reste, qu'il y ait un parallélisme parfait entre l'atrophie de la prostate et la disparition des troubles fonctionnels : il faut tenir compte toujours des phénomènes concomitants d'atonie du muscle vésical. Les cas les plus favorables à l'intervention sont ceux avec troubles fonctionnels récents, à prostate encore rénitente, élastique, sujette à des poussées congestives. D'après M. Poncet, les prostates dures, déjà scléreuses, peuvent aussi s'atrophier, mais plus lentement, et sans que la diminution des troubles fonctionnels marche de pair avec l'atrophie, car alors, par une sorte d' « endo-prostatisme », le canal de l'urètre lui-même est définitivement déformé, rétréci.

Enfin, la résection des canaux déférents doit être préférée à la castration, car cette dernière, répugnant au malade, est dangereuse d'après plusieurs observations déjà publiées : manie aiguë, mort (Faulds). Toutefois, quand le prostatisme s'accompagne d'accidents graves locaux et généraux d'infection urinaire, la résection des canaux déférents est incapable de les conjurer; il faut, en pareille occurrence, remplir les indications souvent urgentes par la cystostomie suspubienne.

C'est sur cette même question du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate qu'à la 64e réunion de l'Association médicale de la Grande-Bretagne s'élève une discussion entre **MM. Mac-Ewen, Harrisson, Moullin, Southan** *(Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 3 janvier 1897, p. 8).

MM. Mac-Ewen et Harrisson défendent la castration et la résection des canaux déférents. L'une et l'autre donnent d'aussi bons résultats que la prostatectomie avec une mortalité moindre; la résection des canaux déférents agit plus lentement que la castration, mais c'est une opération plus simple, mieux acceptée par le malade et qu'on doit recommander de préférence. L'une et l'autre peuvent donner du repos à un malade qui aura eu à supporter un cathétérisme fréquent, douloureux et difficile.

M. Moullin dit qu'il y a des malades chez lesquels la prostatectomie par la voie sus-pubienne ou périnéale reste la méthode de choix. Cette opération est loin de donner la mortalité de 20 0/0 quand on la pratique avant que l'urine soit devenue septique et avant que les reins soient altérés. Elle devient grave, au contraire, quand il y a de la cystite chronique.

M. Southan reconnaît que la prostatectomie sus-pubienne et la castration lui ont donné de bons résultats, mais il dit que toute intervention opératoire est inutile tant que le malade peut se sonder lui-même et qu'on peut éviter la cystite par les lavages de la vessie.

Dans une revue critique, le **Dr Flœrsheim** *(Arch. génér. de Méd.*, janvier 1897, p. 79), mettant la question au point, résume ainsi les indications du traitement opératoire moderne de l'hypertrophie de la prostate : Le cathétérisme régulièrement institué et l'usage de la sonde à demeure doivent toujours être considérés comme la base de la thérapeutique ordinaire du prostatisme et devront toujours être institués en première ligne. Ce n'est qu'à la suite de leur inefficacité, de leur durée ou de la difficulté des malades à les supporter, qu'on sera autorisé à avoir recours à un procédé opératoire. Le drainage vésical et la prostatectomie sus-pubienne donnent souvent de bons résultats, mais répondent à des indications particulières : le premier doit être réservé aux cas où la sonde a échoué (intensité de l'infection, lésions pré-vésicales) et à ceux où la sonde devient nuisible (infiltration d'urine périrénale, frisson à chaque changement de sonde); la seconde est indiquée dans les cas de lobe médiant saillant sous forme de languette.

D'autre part, bien que la résection bilatérale entre ligatures des canaux déférents paraisse avoir une action plus lente que la castration, les résultats de ces deux procédés sont sensiblement égaux, et il est incontestable que l'avantage doit rester au premier, qui se passe de l'anesthésie générale, ne s'accompagne de l'ablation d'aucun organe et conserve au malade l'apparence sinon l'usage de sa virilité.

Un nouveau signe de la cystocèle herniaire.

M. Bernay, interne de M. Gangolphe, présente à la Société de Médecine de Lyon un malade opéré d'une hernie inguinale droite, et chez qui on trouva au cours de l'opération une cystocèle. Celle-ci fut reconnue soit par les signes classiques de la cystocèle, enveloppe graisseuse et consistance charnue de la vessie herniée, soit à l'aide d'un nouveau signe, non décrit jusqu'ici, une vascularisation particulière et ordonnée à la surface de l'organe. — *(Lyon Médical*, 3 janvier 1897, p. 21.)

PEAU ET TISSU CELLULAIRE

Extirpation du lupus.

M. E. Lang *(Bull. Méd.*, 3 janv. 1897, p. 5) rappelle que la plupart des dermatologistes viennois sont d'avis de pratiquer l'excision du lupus. L'essentiel est de tout enlever pour éviter les récidives; mais cette ablation totale est difficile quand le lupus siège autour des orifices naturels,

tels que le conduit auditif externe, les narines, les conduits lacrymaux.

Quand le lupus peut être enlevé totalement, on peut recouvrir immédiatement la plaie au moyen de lambeaux de peau pris dans le voisinage ou à distance, comme le fait Thiersch. S'il ne peut être extirpé totalement. il vaut mieux attendre les résultats de l'opération pour pouvoir intervenir plus facilement en cas de récidive et ne pratiquer l'autopsie que plus tard.

La méthode de l'extirpation ne peut être jugée que si on possède des observations avec absence de récidives longtemps après l'intervention. M. Lang a suivi trois malades qui étaient depuis des années traités sans succès dans les cliniques de la ville. Opérés en 1893 et en 1894 d'après la nouvelle méthode, ils sont aujourd'hui tout à fait guéris.

Pronostic et traitement des abcès profonds de l'ombilic.

Le Pr Duplay termine de la façon suivante (*Bull. Méd.*, 3 janvier 1897, p. 1) une clinique sur les abcès profonds de la région ombilicale :

Il s'agissait donc, en définitive, d'un abcès consécutif à la pénétration d'un calcul de l'ombilic dans le tissu cellulaire profond de cette région, ou à l'inflammation d'un kyste sébacé.

Je terminerai cette leçon par deux mots sur le pronostic et le traitement des phlegmons profonds de l'ombilic. Si cette affection, abandonnée à elle-même, peut devenir très dangereuse, en suppurant et en déversant son contenu dans la cavité péritonéale, ou bien en se transformant en phlegmon diffus, si son ouverture spontanée à l'extérieur offre l'inconvénient de laisser à sa suite une induration fort lente à se résoudre, par contre, lorsqu'elle est traitée par la large et précoce incision du foyer, suivie de la recherche de parti pris et de l'extraction, quand il y a lieu, du corps étranger cause du processus, on obtient sa guérison assez vite, ainsi qu'en témoigne notre malade. C'est donc à cette manière de faire qu'il conviendra de vous rallier.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Essais de traitement du cancer par les injections de cultures streptococciques.

M. L.-L. Lèvchine (*Bull. méd.*, 3 janvier 1897, p. 4) a essayé, sur dix malades atteints de cancer, des injections de cultures streptococciques. Celles-ci furent préparées de trois manières différentes : les unes âgées de neuf jours avaient été simplement stérilisées par un passage d'une heure dans une étuve à 65° pendant trois jours; les autres étaient semblables, mais passées au filtre de Kitasato; les dernières, vieilles de dix jours, avaient été additionnées du *bacillus prodigiosus*, laissées pendant une semaine à l'étuve à 37°, puis stérilisées à 100°. Les streptocoques destinés aux cultures étaient pris sur de vigoureux individus atteints d'érysipèle.

Les injections (de 0.1 à 0.5 d'une seringue Pravaz suivant la force de la culture) déterminent une très vive réaction locale et générale : brûlure, gonflement, nausées, fièvre, plus tard affaiblissement et dans deux cas albuminurie. Mais d'autre part elles ont une influence manifeste sur la marche de la tumeur (la plupart des cancers du sein); les douleurs ont cessé dans tous les cas; chez cinq malades la tumeur diminua de moitié et l'engorgement ganglionnaire disparut.

Celle des trois cultures qui parut avoir le plus d'efficacité avait été le mélange non filtré de streptocoques et de bacilles prodigieux ; ensuite venait la culture non filtrée de streptocoque et enfin la culture filtrée. M. Lèvchine avait aussi essayé dans certains cas, mais sans succès, du sérum d'Emmerich.

CHIRURGIE DES ARTICULATIONS

De l'hydarthrose intermittente.

M. Le Même vient de publier (*Gazette hebdomadaire*) une intéressante étude sur cette question.

Il ne s'agit point ici de cette hydarthrose, le plus souvent symptomatique d'une diathèse ou d'une maladie locale, qui se montre, avec une marche irrégulière, au cours d'une affection chronique dont elle n'est qu'une poussée aiguë, et qu'on appelle, pour ce fait, l'*hydarthrose à répétition*.

Mais il s'agit d'une hydarthrose avec présence de liquide séreux dans une ou plusieurs articulations (genoux, hanches, articulations tibio-tarsiennes); le liquide est celui de l'hydarthrose simple, non symptomatique, et l'hydarthrose survient par périodes régulières sous forme d'accès, avec des intervalles entre les accès. Chaque accès est caractérisé par la succession de trois périodes : augment, état, décroissance. Chez un malade, pris isolément, les accès et les intervalles qui séparent les accès ont toujours la même durée. L'état général du malade n'est nullement influencé pendant ces accès. Les signes physiques de cette hydarthrose intermittente sont enfin ceux de l'hydarthrose ordinaire, mais il n'y a point d'atrophie du triceps.

Au point de vue étiologique, on note dans les antécédents des malades le traumatisme, l'arthritisme et le paludisme. La grossesse, dans certains cas, a pu être invoquée comme cause prédisposante.

L'opinion de M. le docteur Le Même est que cette hydarthrose intermittente serait le fait d'une intoxication locale primitive dont la manifestation, à caractère nettement intermittent, résulterait de l'état de la réceptivité du sujet et surtout de la nature du climat maremmatique où il séjourne.

Disons, enfin, que l'hydarthrose intermittente guérit rarement mais que. si le traitement médical l'influence peu, l'intervention chirurgicale (arthrotomie et massage) est capable de l'améliorer.

De la pseudarthrose costale.

S'il faut en croire Malgaigne, la non-consolidation des fractures de côtes serait un fait rare, et Malgaigne dit n'en avoir observé qu'un seul cas.

A la vérité, la constatation faite par Malgaigne est demeurée exacte ainsi que le montrent les récentes recherches faites par **M. Ginestous** et **Mlle Nourrit**, internes provisoires des hôpitaux de Bordeaux, au sujet d'un cas de pseudarthrose costale de la onzième côte droite qu'ils viennent de constater, treize ans après l'accident, et de publier dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux* (20 décembre 1896). Le malade dont il s'agit est constamment obligé de porter une ceinture serrée à la base du thorax, sans laquelle il souffre au moindre effort quand il tousse et quand il respire. Il évite enfin, la nuit, de se coucher sur le côté droit.

De l'ostéomyélite vertébrale.

M. Chipault a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* trois cas d'ostéomyélite vertébrale. On sait que cette affection est rare et n'a été que depuis très peu de temps distraite du mal de Pott.

Cette affection présente les phénomènes généraux de l'ostéomyélite avec des phénomènes locaux qui varient. on le conçoit, souvent le siège des lésions. Si la lésion siège à la partie postérieure du rachis, il survient à la région atteinte qui est complètement immobilisée de l'œdème, un empâtement profond, étendu et dur, recouvert de veines dilatées. Au cou, cet empâtement est médian, au dos et au lombes il est médian ou unilatéral, dans la région du sacrum il est toujours unilatéral. Il est très rare qu'on puisse y découvrir un point fluctuant. Plus souvent, la pression est douloureuse au point correspondant à la vertèbre atteinte. Si la lésion siège sur le corps de la vertèbre, rarement il y a une gibbosité, mais il y a plutôt des symptômes variant avec la région malade. A ces tableaux divers s'ajoutent presque toujours des symptômes de méningomyélite.

Cette ostéomyélite vertébrale a un début subit, une évolution rapide et elle se termine presque fatalement par la mort si l'on n'intervient pas.

La thérapeutique de cette localisation de l'ostéomyélite est uniquement chirurgicale. Elle consiste dans l'ouverture, le drainage, le curettage des foyers abcédés. Notons que cette ouverture a été surtout pratiquée, jusqu'ici, pour l'ostéomyélite des arcs vertébraux avec abcès postérieurs. Il y a eu des cas de guérison. Les malades ont survécu huit fois sur seize cas qui ont été traités chirurgicalement.

Manuel opératoire de la greffe osseuse.

Pour pratiquer la greffe *d'os vivants*, on prendra de préférence, suivant le conseil d'Ollier, une lamelle de la crête du tibia du patient, d'une longueur de dix à quinze centimètres. La lamelle peut être empruntée également à un autre sujet, jeune, sans tuberculose. ni syphilis; au squelette de nouveau-nés; à un membre récemment amputé; enfin, on peut recourir à des os frais de jeunes animaux. L'os, raclé pour en détacher les parties musculaires, ligamenteuses, tendineuses et le périoste, sera conservé dans une solution antiseptique, sublimé de préférence, jusqu'au moment de s'en servir.

Avant de pratiquer l'implantation dans la perte de substance, on pratiquera, par une ligature préalable en masse avec la bande d'Esmarch, l'hémostase du membre et on aseptisera très complètement la cavité osseuse. On introduira alors un fragment ou plusieurs dans cette dernière suivant son importance. La peau est réunie par-dessus la greffe; un petit drain assurera l'écoulement du liquide sanguinolent des premiers jours.

Pour pratiquer la greffe *d'os morts décalcifiés*, il faut avoir recours de préférence à des os à tissus compact abondant, comme le fémur et le tibia du bœuf. On les divise en petits fragments; on les plonge pendant huit jours, pour les décalcifier, dans une solution d'acide chlorhydrique à 10 0/0, qu'on renouvelle chaque jour. Au bout de ce temps, l'os, décalcifié, ramolli, se laisse tailler facilement; on le lave à l'eau stérilisée, et après l'avoir maintenu deux jours dans du sublimé à 2 0/0, on le conserve, jusqu'au moment de s'en servir, dans une solution saturée d'éther iodoformé.

L'implantation de cet os décalcifié se fait comme précédemment; il faut avoir soin lorsque plusieurs fragments osseux sont nécessaires, ce qui est la généralité des cas, de les tasser très fortement les uns contre les autres pour multiplier les frottements et faciliter leur pénétration. On suture de la même façon la peau par-dessus la cavité osseuse et l'on draine. Le drain n'a pas seulement pour but d'assurer l'écoulement séro-sanguinolent, mais encore de permettre, en cas de suppuration, aux fragments de s'éliminer. Dans ce cas, une nouvelle greffe est nécessaire.

La préférence, au point de vue théorique, doit être accordée à la greffe d'os vivants. Elle paraît, en effet, réussir plus fréquemment. Cependant, au point de vue pratique, on peut se contenter d'avoir recours à la greffe d'os morts décalcifiés, qui compte une somme à peu près équivalente de succès, d'autant plus qu'on peut se procurer plus facilement des os décalcifiés et qu'on les rend plus sûrement aseptiques. — (Floersheim : In *Journ. des Prat.*, 2 janvier 1897, p. 7.)

CHIRURGIE DE LA FACE

Traitement du tic douloureux de la face.

Le tic douloureux de la face est très rebelle aux traitements médicaux et chirurgicaux.

J'ai vu, dit **M. Dana**, à la 11e réunion des médecins américains, un malade, chez lequel le chirurgien avait fait la résection du ganglion de Gasser, non seulement avoir une récidive, mais encore devenir fou. M. Elliot (de New-

York) et moi, nous avons guéri 7 cas sur 8, par des injections hypodermiques de fortes doses de sulfate de strychnine.

Pendant le traitement, nous laissons le malade au lit et loin de tout souci. Nous faisons une injection par jour, en commençant par injecter 2 milligrammes de sulfate de strychnine et rapidement nous arrivions à injecter 1 centigramme et même 1 centigramme 1/2, dose qu'on ne peut généralement pas dépasser. Ces fortes doses produisaient un effet sédatif comme la morphine. En général. nous cessions le traitement au bout de 5 ou 6 semaines; mais il arrivait qu'on dut le reprendre une ou deux fois. En cessant ce traitement, je donne de l'iodure de potassium, de la nitroglycérine ou autre médicament.

J'ai précédemment insisté sur le rôle de l'artério-sclérose dans la production du tic douloureux. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 27 décembre 1896, p. 1246.)

Influence de la carie dentaire sur les adénites cervicales de l'enfance.

M. Stark (*Beitr. z. klin. Chir.* et *Scalpel*, n° 27, p. 179, 3 janvier 1897) établit que 40 0/0 des adénites cervicales de l'enfance ont pour point de départ la carie dentaire. Il a même observé 5 cas d'adénite tuberculeuse sous-maxillaire, dans lesquels le bacille de Koch a eu cette carie pour porte d'entrée.

L'auteur conclut à la nécessité de soins hygiéniques très vigoureux de la cavité buccale chez les enfants. Nous ne pouvons que confirmer les excellents conseils de M. Stark en souhaitant que beaucoup d'observations analogues viennent souvent nous les rappeler, et nous engager à mettre en pratique l'antisepsie sévère de la bouche.

Traitement de la périamygdalite phlegmoneuse.

M. L. Grunwald (*Munch. med. Wochenschrift*, 1896, n° 38, p. 890) conseille d'ouvrir les phlegmons péritonsillaires au niveau de la fossette sus-amygdalienne. Si, en incisant à ce niveau, le pus ne s'écoule pas, c'est que l'on ne se trouve pas en présence d'une phlegmasie d'origine amygdalienne. L'auteur a tout récemment échoué en ouvrant, à ce point d'élection, un abcès siégeant dans le pilier antérieur du voile : il s'agissait en réalité d'un abcès d'origine dentaire (troisième grosse molaire inférieure); l'extraction de cette dent amena l'évacuation immédiate du pus qui, collecté dans une cavité voisine de l'alvéole, avait fusé en dehors jusqu'auprès du muscle ptérygoïdien interne.

Dr Edouard Friteau.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine.

Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 22 février 1897. — Se faire inscrire du 18 janvier au 5 février 1897.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 11 AU 16 JANVIER 1897

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 janvier, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Ricard, Delbet. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié (2e série) : MM. Marchand, Humbert, Lejars. — 5e (2e partie), Pitié : MM. Landouzy, Chauffard, Widal.

Mardi 12 janvier, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Gley. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Panas, Bar, Albarran. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Berger, Pozzi, Maygrier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Nélaton, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Charrin. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Laboulbène, Proust, Achard.

Mercredi 13 janvier, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Marchand, Walther, Poirier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Ricard, Retterer, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Wurtz, André. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Peyrot, Tuffier, Varnier. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Humbert, Broca, Bonnaire. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Gaucher.

Jeudi 14 janvier, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Panas, Poirier, Thiéry. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Roger, Chassevant. — 3e Oral (1re partie) : MM. Tarnier, Le Dentu, Albarran. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Raymond, Marfan. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 15 janvier, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, André, Heim. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Peyrot, Lejars, Walther. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Potain, Gaucher, Wurtz. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Hayem, Chauffard, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

Samedi 16 janvier, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Marie, Thiéry. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Gley, Chassevant. — 3e (2e partie) : MM. Laboulbène, Roger, Letulle. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker : MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran. — 5e (2e partie), Necker : MM. Raymond, Marfan, Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

THÈSES DE DOCTORAT

Jeudi 14 janvier, à 1 heure. — *M. Gourçon* : Vertige des artérioscléreux (MM. Laboulhène, Dehove, Marie, Netter). — *M. Bernard* : Contribution à l'étude des anévrysmes de l'artère hépatique (MM. Dehove, Laboulhène, Marie, Netter). — *M. Labour* : Recherches expérimentales (anatomie pathologique et bactériologie sur les poumons des lapins) (MM. Dehove, Laboulhène, Marie, Netter). — *M. Pigeaud* : La suggestion en pédagogie; dangers et avantages (MM. Cornil, Mathias-Duval, Letulle, Gley). — *M. Lebas* : Recherches sur l'immunité contre l'actinn anticaogulante des injections intravasculaires de propeptone (MM. Mathias-Duval, Cornil, Letulle, Gley). — *M. Dumas* : Traitement des gangrènes hranchopulmonaires par l'hyposulfice de soude (MM. Joffroy, Berger, Chantemesse, Hartmann). — *M. Trogneux* : Contribution à l'étude des fistules ombilico-vésicales (MM. Berger, Joffroy, Chantemesse, Hartmann).

NOTES POUR L'INTERNAT

DES HYDARTHROSES

(Suite et fin.)

Evolution clinique.

La marche de l'hydarthrose est très variable parce que celle-ci, en sa qualité de symptôme, suit l'évolution des lésions qui l'ont produite. Elle peut :

1° Pour les cas aigus :

a) Se résorber vite, en quelques jours ;

b) Passer à l'état chronique ;

c) Subir la transformation purulente, ainsi que cela se voit pour certaines arthrites aiguës, l'arthrite blennorrhagique, par exemple, dans des cas, il est vrai, très rares.

2° Pour les cas chroniques :

a) Se résorber, soit sans laisser aucune trace de son existence antérieure, soit, au contraire, en laissant l'articulation très affaiblie par la distension et le relâchement ligamenteux ainsi que par l'atrophie des muscles.

b) Persister indéfiniment, comme les lésions causales, mais en restant sujette à des alternatives d'augmentation et de diminution. Le phénomène hydarthrose reflète, en effet, un état irritatoire de la synoviale ; or, dans le cours d'une arthrite chronique, cette réaction irritatoire de la synoviale subit des poussées de durée variable (*hydarthrose intermittente* des malariens (Le Même) ; *hydarthrose à répétition* des arthritiques).

c) Rompre la synoviale, à l'occasion d'un traumatisme.

d) Subir la transformation purulente à l'occasion d'un état infectieux aigu (variole, scarlatine).

Diagnostic.

Etablir le diagnostic des hydarthroses, cela est : 1° différencier l'hydarthrose des autres affections articulaires ; 2° différencier cette hydarthrose des affections péri-articulaires du voisinage ; 3° reconnaître la cause de cette hydarthrose.

1° Différencier l'hydarthrose des autres affections articulaires.

Comme l'examen permet toujours de savoir quand du liquide existe dans une synoviale, ce chapitre comporte, non pas le diagnostic de l'hydarthrose avec les différentes maladies articulaires (la *fausse fluctuation* des fongosités tuberculeuses, pourrait à la rigueur, induire en erreur), mais simplement celui-ci : étant donné que la synoviale contient du liquide, ce liquide n'est-il pas du sang (hémarthrose) ou du pus (pyarthrose) ?

A. Hémarthrose.

Celle-ci se reconnaît aux signes suivants : 1° fluctuation pâteuse et peu franche ; 2° empâtement de la région ; 3° crépitation sanguine spéciale ; 4° absence ordinaire du choc rotulien (en ce qui concerne le genou). Mais comme, dans la plupart des cas, ces signes n'existent pas ou bien sont de perception difficile (le sang ne se coagulant que lentement dans une articulation), c'est surtout sur les indications causales que se fait le diagnostic de l'hydarthrose. Or, celle-ci est :

a) Traumatique presque toujours (entorse, luxations, plaies articulaires, fractures intra ou para-articulaires) et alors le diagnostic s'impose ;

b) Spontanée, et, dans ce cas, elle est : 1° ou bien la conséquence d'un sarcôme articulaire ou d'un sarcôme osseux ayant envahi l'articulation, auquel cas le diagnostic est facile ; 2° d'origine hémophilique. Le diagnostic, alors, peut être difficile ; mais on reconnaîtra l'hydarthrose des hémophiliques par : les antécédents du sujet, l'absence de douleurs, la conservation des mouvements articulaires, l'apparition rapide de l'épanchement, la présence d'ecchymoses sous-cutanées, la succession de nouvelles hémorrhagies intra-synoviales.

B. Pyarthrose.

La douleur spontanée, la douleur dans les mouvements, la douleur à la pression, la tension de l'épanchement augmentant rapidement, les modifications caloriques et thermiques des téguments, l'apparition de la fièvre et des frissons, enfin la notion de la maladie causale assurent le diagnostic.

Là, en résumé, se limite le diagnostic de l'hydarthrose avec les épanchements intra-articulaires. On pourrait, cependant, citer encore les :

C. Kystes hydatiques intra-articulaires.

Mais ils sont d'une si exceptionnelle rareté que l'on peut — en clinique ordinaire — les tenir pour quantité négligeable.

2° Différencier l'hydarthrose des maladies péri-articulaires.

Le diagnostic est à faire avec les :

A. Synovites tendineuses aigues ou chroniques à épanchement séreux (suivant qu'il s'agit d'hydarthrose aiguë ou chronique).

Ce diagnostic se complique quelquefois de la coexistence d'un épanchement dans la synoviale articulaire et dans les synoviales tendineuses voisines. Le siége, la forme, la superficialité de l'épanchement, la gêne dans les mouvements des muscles dont les gaines sont frappées, sont les éléments du diagnostic.

B. Kystes synoviaux folliculaires (articulaires ou tendineux).

Ce diagnostic est très facile ordinairement, car il s'agit là de tumeurs parfaitement limitées et superficielles (poignet) ; mais, quelquefois, ils sont profondes (creux poplité), bridées par des tendons, réductibles, et cela complique le diagnostic. Du reste, il peut y avoir coïncidence : ainsi, avec hydarthrose du genou peut coexister kyste de bourse séreuse du jumeau interne.

C. Hygromas péri-articulaires.

Diagnostic ordinairement très facile. Pour le genou,

hygroma de hourse séreuse sous-tricipitale (quand celle-ci ne communique pas avec articulation) peut être confondu : mais diagnostic se fait par siège de la tumeur qui est limitée, sa forme, l'absence de fluctuation dans le reste de la synoviale.

3° Reconnaître la cause de l'hydarthrose.

Plusieurs cas se présentent :

A. Il y a réaction locale intense et plus ou moins de réaction générale (fièvre) — hydarthrose aiguë.

1° Le malade a subi un traumatisme.

Il s'agit alors d'une hydarthrose reconnaissant comme cause : 1° soit une lésion articulaire (contusion, entorse, luxation) ; 2° soit une lésion péri-articulaire (fracture d'un os voisin : ainsi hydarthrose du genou dans fracture du fémur).

2° Le malade n'a pas subi de traumatisme.

a) L'ÉTAT LOCAL PRÉDOMINE et une seule articulation est frappée.

Ou hien les symptômes articulaires sont accentués : c'est alors d'une hydarthrose blennorrhagique aiguë qu'il s'agit, avec épanchement ordinairement peu abondant et phénomènes locaux douloureux très marqués. Ou hien les phénomènes articulaires ne sont, en quelque sorte, qu'un phénomène contingent, d'importance secondaire, et alors l'hydarthrose peut résulter : *a)* soit d'une ostéomyélite de voisinage plus ou moins aiguë, diagnostic facile ; *b)* soit d'une phlébite ou d'une lympbangite aiguë du membre, diagnostic facile encore, toutes bydartbroses d'origine péri-articulaire.

b) L'ÉTAT GÉNÉRAL PRÉDOMINE et plusieurs articulations sont ordinairement frappées.

C'est ici, surtout, que le symptôme hydarthrose passe au second plan, masqué par les symptômes généraux, d'une part, et les phénomènes d'artbralgie, de l'autre. Tous les états infectieux peuvent le produire. A commencer par : 1° le rhumatisme articulaire aigu ; 2° la goutte (?). A continuer par : 3° la scarlatine ; 4° la fièvre typhoïde ; 5° la septicémie et la puerpéralité ; 6° la dysenterie ; 7° la pneumonie ; 8° l'érysipèle ; 9° la variole et la varicelle ; 10° les oreillons ; 11° les angines.

A. Il y a peu de réaction locale et pas de réaction générale. Hydarthrose subaiguë ou chronique.

1° C'est d'abord l'articulation elle-même qu'il faut interroger. On trouvera alors la cause de l'épanchement dans :

a) La blennorraghie. — Cette forme subaiguë ou chronique de l'hydartbrose blennorrhagique n'est pas très douloureuse, mais elle est tenace, prête à la récidive, sujette à des poussées aiguës et constitue un hon terrain à la tuberculose articulaire.

b) La tuberculose, surtout quand elle revêt cette forme à laquelle on a donné le nom « d'hydrops tuberculosum ». — Beaucoup d'hydarthroses restent pendant longtemps de nature indéterminée qui ne sont autre chose que de l'arthrite tuberculeuse au début : elles sont généralement marquées par un épaississement de la synoviale qui va en augmentant.

c) La syphilis. — L'hydarthrose est une des formes de l'arthrite syphilitique secondaire. Elle est longue, rebelle au traitement, mais moins tenace que l'hydarthrose blennorrhagique. L'abondance de l'épanchement est variable ; il s'accompagne assez ordinairement de douleurs peu vives qui sont plus intenses la nuit. L'hydarthrose est aussi, mais beaucoup plus rarement, un des symptômes de la syphilis tertiaire ; il y a épaississement de la synoviale en plaques irrégulières.

d) L'arthrite sèche, avec son hydarthrose à répétition.

e) Les corps étrangers, qui sont souvent fonction de cette arthrite sèche et du rhumatisme chronique ankylosant dont elle est une des manifestations.

f) Les artropathies nerveuses qui sont quelquefois marquées par une énorme hydarthrose accompagnée d'œdème des parties molles (tabes, syringomyélie, etc.).

g) C'est quand on ne peut incriminer aucune de ces maladies, qu'il faut admettre l'existence de ce qu'on appelle à tort l'hydarthrose idiopatique. Cette hydarthrose est produite par un état inflammatoire lent, très atténué de la synoviale, dont la cause échappe momentanément et quelquefois toujours. Il n'y a pas plus d'hydarthrose idiopathique que d'hydrocèle idiopathique. De même que l'hydrocèle dite idiopathique répond toujours à une pachyvaginalite plus ou moins marquée, de même l'hydarthrose dite idiopatique répond à une pachysynovite : et dans ce groupe des hydarthroses par synovite plastique simple rentrent toutes celles dont nous n'avons pas encore pu définir les causes.

2° Dans certains cas, enfin, c'est autour de l'articulation ou même loin d'elle qu'il faut chercher la cause de l'hydarthrose. Elle n'a pas alors d'autre signification que celle d'un œdème purement passif ; c'est une vraie transsudation. Ainsi dans les :

1° Phlegmatia alba dolens chronique.
2° Tumeurs des membres, ostéosarcômes.
3° Anciennes fractures non articulaires.
4° Maladies du cœur en rupture de compensation.
5° Mal de Brigbt et toutes les cachexies, etc., etc.

Pronostic.

Rien n'est donc plus variable que le pronostic de l'hydarthrose. Celle-ci est liée à l'évolution de la maladie causale. L'hydarthrose dite idiopathique (celle qui répond à la synovite plastique articulaire) est longue, quelquefois incurable, sujette, quand elle guérit, à de nouvelles poussées. Elle altère la solidité articulaire et expose la jointure aux infections (1).

P. S.

(1) Le traitement de l'hydarthrose sera discuté prochainement aux « Consultations chirurgicales ».

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. des ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 3 16 Janvier 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU.**

A NOS LECTEURS

La *Gazette Médicale* devient, malgré son nom, une publication exclusivement chirurgicale. Elle ne traitera désormais de rien autre chose que de chirurgie, et j'ajoute de chirurgie pratique. Rien sur cette matière ne sera écrit qu'elle n'en donne connaissance à ses lecteurs.

Il faut qu'elle devienne en quelque sorte le *vade mecum* de tous les praticiens des grandes villes, des petites villes et des campagnes, puisque parmi ceux-ci, il en est une foule qui exécutent eux-mêmes beaucoup des opérations courantes qu'ils n'osaient entreprendre autrefois, et que la chirurgie, la chirurgie élémentaire tout ou moins, s'est infiltrée partout.

Pour les uns, la *Gazette Médicale* contiendra des cliniques chirurgicales courtes, simples, faciles, des études de consultation, des notes thérapeutiques mises au point, des articles de médecine opératoire. Pour les autres, elle donnera, dans chaque numéro, un résumé de tous les travaux de chirurgie pratique que la presse médicale aura publiés dans le cours de la semaine. Pour tous, elle sera le journal nécessaire, car elle seule, entre toutes les autres feuilles, sera capable de tenir le clinicien — grand ou petit — au courant des progrès journaliers de la pratique chirurgicale.

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

Causerie de l'hopital Cochin — M. Pierre Sebileau

Traitement de l'ectopie inguinale du testicule.

I

Voilà, depuis quelques jours, plusieurs enfants cryptorchides qui nous sont conduits par leurs mères. Je ne les ai pas soumis tous à la même thérapeutique : aussi vous dois-je quelques explications.

Aucun de ces petits malades n'était, au sens propre du mot, un cryptorchide : chez les uns et les autres, en effet, vous avez pu, comme moi, en explorant la région inguinale, reconnaître, plus ou moins profondément enfoui dans le canal inguinal, un testicule qui ne se dérobait pas complètement à l'investigation. Mais peu importe le mot : il est bien entendu que c'est de l'ectopie inguinale du testicule que nous voulons parler. Je vous ai montré, chez chacun de nos sujets, qu'à la faveur du canal vagino-péritonéal l'intestin grêle s'était frayé un passage dans la paroi abdominale pour venir se mettre en rapport plus ou moins intime avec le testicule et former hernie. C'est presque toujours ainsi, en effet, que les choses se passent. Je dis, seulement, presque toujours, car si la hernie est la compagne ordinaire de l'ectopie inguinale, elle n'en est cependant pas la compagne obligée. Peu nous chaut, d'ailleurs, en l'espèce, des règles de la pathologie : tous nos malades rentraient dans la loi commune, tous étaient concurremment des ectopiques et des herniaires : ainsi se limite, par une simple constatation clinique, notre court entretien d'aujourd'hui qui va, par

conséquent, avoir pour objet : le traitement de l'ectopie testiculaire inguinale compliquée de hernie de l'intestin.

II

En règle générale, on peut dire que, pour tout enfant atteint d'ectopie inguinale du testicule compliquée de hernie, s'accomplit ultérieurement la destinée suivante qu'on est en droit, en quelque sorte, de lui prédire d'avance : d'une part, le testicule, qui ne se développe pas, reste petit, atrophié, infécond et impuissant; il est plus tard, malgré son inutilité, un terrain sur lequel aiment à se développer les infections aiguës et les néoplasmes; d'autre part, l'intestin continue son évolution extra-abdominale et tend à sortir de plus en plus du ventre.

De ces deux considérations cliniques il résulte ceci : c'est d'abord, si positivement une opération existe qui permette au chirurgien d'assurer en même temps la descente du testicule et la rentrée de l'intestin, qu'on est autorisé à pratiquer de bonne heure cette opération; c'est, ensuite, qu'une préoccupation d'ordre différent doit occuper l'esprit du clinicien suivant l'âge du malade chez lequel il intervient. Chez l'enfant et l'adolescent, le testicule est la donnée principale, l'intestin la donnée accessoire; chez l'adulte, au contraire, les termes du problème sont reversés : l'intestin est tout et le testicule rien. Je m'explique. S'il est vrai qu'en provoquant chez l'enfant la descente artificielle du testicule, on peut permettre à ce testicule de subir son évolution physiologique et de prendre son développement normal, c'est évidemment cette descente artificielle du testicule qui doit être le but formel de l'intervention chirurgicale, et la cure radicale de la hernie passe dès lors au second plan; si, au contraire, il est vrai que sur l'adulte le testicule atrophié soit atrophié pour toujours et incapable de récupérer jamais ses fonctions, c'est, cette fois, la cure radicale de la hernie qui devient la question principale et il n'y a guère à se soucier du cas qu'au cours de l'opération l'on fera du testicule ectopié. Or, tout cela est précisément très vrai : dans le premier cas, il faut donc, avant tout, sauver la glande; dans le second, l'on peut et l'on doit même quelquefois en faire le sacrifice.

III

Je pense qu'il ne vous sera pas difficile, maintenant, de bien saisir les indications opératoires fournies, aux différents âges du malade, par l'ectopie inguinale du testicule. Au reste, rappelez-vous les malades que nous avons examinés depuis quelques mois. Tout récemment, nous avons vu deux enfants : le premier avait quinze mois, le deuxième six. Chez tous, le testicule avait d'un côté accompli sa migration physiologique, mais, de l'autre, s'était arrêté en chemin dans le canal inguinal; profondément, dans ce canal inguinal, le petit doigt sentait, sans peine, au moment des cris, la poussée intestinale. Aux parents de ces deux enfants j'ai fait la même réponse : « Attendez ». Cette conduite ne vous paraît peut-être pas justifier ce que je vous disais tout à l'heure, à savoir que l'évolution clinique de l'ectopie inguinale du testicule donne au chirurgien le droit d'opérer de « bonne heure ». Entendons-nous bien. Opérer de « bonne heure », cela ne veut pas dire opérer « dans les deux ou trois premières années de la vie ». Et vous feriez une faute en comprenant de la sorte et en suivant ainsi mes conseils. Il faut, au contraire, ne pas opérer chez ces jeunes enfants, et voici pourquoi : c'est d'abord qu'on voit quelquefois chez eux, au bout de quelques mois, le testicule descendre spontanément dans les bourses (il s'agit alors d'une simple migration retardée); c'est, ensuite, que les enfants du premier âge ne supportent pas ordinairement très bien une intervention chirurgicale de quelque importance ; c'est enfin que, chez eux, il est à peu près impossible de faire des opérations, et, surtout, des pansements aseptiques. Je sens bien votre objection : le testicule descend, soit ; mais l'intestin est toujours derrière. Eh bien oui, mais à son tour la hernie peut guérir et, de fait, guérit assez souvent quand, après la migration définitive du testicule, le canal vagino-péritonéal subit son oblitération physiologique. C'est donc entendu : il ne faut pas opérer.

Mais ce qu'il faut encore moins faire, par exemple, c'est appliquer sur l'orifice extérieur du canal inguinal un de ces appareils à pelote concave dont vous avez vu récemment deux lamentables échantillons. Ces bandages sont toujours mauvais : ou bien ils exercent une pression forte (c'était le cas pour nos malades) et, comme tels, ils empêchent la migration du testicule en même temps que la sortie de l'intestin; ou bien ils sont lâches et, dès lors, ce n'est pas seulement le testicule, mais encore l'intestin qui « file » sous leur pelote.

Chez les enfants du premier âge, il faut donc n'appliquer d'appareil d'aucune sorte. S'il y en avait de bons, ils ne tiendraient pas en place et seraient souillés; mais il n'y en a pas. Vous n'avez qu'une

chose à faire : attendre et, pen à pen, laisser sortir le testicule, avec ou sans l'intestin ; quand une fois la glande génitale sera bel et bien hors de cause, s'il y a hernie, eh bien ! vous traiterez celle-ci ou l'opérerez, ainsi que je vous le dirai plus tard, quand un jour nous étndierons cette question.

IV

Le troisième enfant qui nous a été présenté avait quatre ans et quelques mois ; il était porteur, comme les autres, d'une ectopie inguinale du testicule et d'une hernie de l'intestin.

J'ai conseillé anx parents de nous conduire ici le petit patient deux ou trois fois par semaine et leur ai laissé entendre qu'une opération deviendrait peut-être nécessaire. Il ne sont pas revenus. Voici ce que je voulais faire et ce que vous devriez faire dans un cas semblable. Je voulais, sur cet enfant, commencer et continuer pendant quelques semaines des manœuvres douces, des manipulations prudentes, des pressions longues et lentes de haut en bas et de dehors en dedans, le long du canal inguinal, tout en maintenant l'intestin avec les doigts de la main gauche : j'aurais ainsi essayé de séparer celui-ci du testicule et de dégager ce dernier, qui, désormais privé de ses connexions, aurait sans doute accompli la dernière étape de sa migration. Cette sorte de massage inguinal dont mon ami Tuffier s'est fait, il y a quelques années, le défenseur, réussit, il est vrai, quelquefois, mais pas toujours ; c'est, en tout cas, nne pratique très recommandable, qu'il importe de ne jamais négliger.

Mais, ultérieurement, que faut-il faire quand elle réussit ? Que faut-il faire quand elle ne réussit pas ?

A. Lorsqu'on a pu, après de douces et patientes manipulations, libérer le testicule et, petit à petit, l'amener jusqu'au-dessous de l'orifice extérieur du canal inguinal, il n'y a plus, je crois, qu'à laisser la descente s'opérer d'elle-même, et l'intestin, s'il en est capable, rentrer dans le ventre. On a contume, pour mieux assurer la rupture définitive des connexions orchi-intestinales, d'appliquer sur l'anneau inguinal une sorte de bandage en croissant dont la « partie pleine appuie sur le trajet et maintient l'intestin, tandis que la partie évidée répond an testicule qu'elle enchâsse dans sa concavité (1) ». Il ne me semble vraiment pas que cela puisse avoir un sérieux avantage et, en ce qui me concerne, j'avoue ne point aimer cette pratique. D'abord, le bandage provoque souvent de si vives douleurs que les enfants se refusent à le subir ; ensuite, je crois que si le testicule, quand il a une fois abandonné le canal inguinal, ne termine pas sa migration, c'est qu'il est encore fixé par d'autres adhérences ou maintenu par un pédicule trop court qui le sollicite sans cesse vers le ventre, et je ne conçois pas que contre de pareilles dispositions le bandage puisse avoir une action bien puissante. C'est même précisément dans ces cas qu'il n'est pas toléré.

Bref, voici ce que je pense : quand le massage a rendu le testicule très libre, le bandage est, il est vrai, bien supporté, mais ne semble guère utile, la glande perdant un peu chaque jour de la tendance première qu'elle avait à remonter vers le ventre ; quand, au contraire, le testicule s'est laissé peu mobiliser, et que, son pédicule restant court et tendu, il tend à s'insinuer de nouveau dans le canal inguinal, le bandage peut, dans une certaine mesure, s'opposer à son mouvement d'ascension ; mais il devient, dans ces cas, intolérable.

Vous allez me dire que le bandage n'a pas seulement pour but d'empêcher la pénétration nouvelle du testicule dans le canal inguinal, mais qu'il est encore et surtout destiné à fermer la porte à l'intestin. D'accord. Eh bien ! cela ne change rien à ma manière de voir et je vais vous en donner les raisons. Je crois qu'on s'est considérablement exagéré le nombre et l'importance des guérisons de la hernie inguinale chez l'enfant par la pression d'un bandage. Les insuccès de ce traitement sont nombreux, et les succès n'en sont souvent que fictifs et temporaires. Et que de soins, que de patience, que de difficultés, que d'ennuis exige ou engendre cette application constante, pendant plusieurs années, d'un appareil qu'il faut à chaque instant adapter aux modifications que subit la taille du patient, qui se déplace pendant les jeux, gêne et encombre toujours, trouble positivement, par les précautions qu'il nécessite, la vie des enfants qui le portent, et finit, au total, quand la hernie ne guérit pas — ce qui arrive plus souvent qu'on ne croit — par aplatir, user et atrophier la région de l'aine au point que le jour où l'on vient enfin pratiquer la cure radicale, on ne trouve plus qu'une paroi mince et anémiée, sans défense contre la pression abdominale, toute prête à se laisser enfoncer par la poussée intestinale !

Je crois qu'à partir de cinq ou six ans (plus tôt

(1) Forgues et Reclus : *Traité de Thérap. chirurg.*. 1892, T. II, p. 880.

peut-être), la hernie inguinale ordinaire de l'enfant est justiciable de la cure radicale, et qu'il vaut infiniment mieux l'opérer que la bander. Comment voulez-vous qu'à plus forte raison je ne sois pas résolument partisan de l'action chirurgicale, quand cette hernie est compliquée d'ectopie du testicule ?

Quand donc, par des manipulations douces et répétées, le chirurgien a pu mobiliser le testicule, il n'y a plus qu'à laisser celui-ci accomplir sa migration terminale vers le scrotum et — je ne serais pas très éloigné de le dire — qu'à abandonner l'intestin à lui-même : celui-ci rentrera peut-être seul dans le ventre par simple oblitération du canal vagino-péritonéal. Si cet intestin est menaçant, si le condnit reste ouvert, si la hernie ne rcntre pas, si, au contraire, elle fait mine d'augmenter de volume, essayez, je le veux bien, pendant quelqnes mois, un bandage simple, doux, qui ne comprimera pas trop fort la paroi abdominale et qui — c'est le cas où jamais — doit porter une pelote fidèlement moulée sur la région (1): mais ne vous attardez pas à cette thérapeutique vieillie et n'attendez pas, pour pratiquer la cure radicale, que l'enfant ait atteint enfin les quinze ans réglementaires qu'on imposait naguère à la justification de l'acte opératoire.

B. Quand, au contraire, les manipulations et le massage n'ont pas abouti à faire sortir le testicule du canal inguinal, ou seulement quand elles ont produit une mobilité insuffisante de ce testicule et que celui-ci, obstinément réfractaire à la migration, tend toujours à remonter vers le ventre, quel que soit l'âge du malade à partir de quatre ou cinq ans, il n'y a plus qu'une chose à faire, à mon avis : pratiquer l'orchidopexie et la cure radicale, c'est-à-dire libérer le testicule, le fixer dans le scrotum, rentrer l'intestin, réséquer le conduit vagino-péritonéal et fermer le canal inguinal. C'est cette orchidopexie que j'ai pratiquée deux fois devant vous l'année dernière chez des adolescents de treize à quinze ans et dont je vous décrirai, dans une prochaine causerie, le manuel opératoire.

V

Pour les malades d'un âge plus avancé, pour les adultes, — j'entends pour ceux qui ont atteint la vingt-cinquième année au moins, — ce n'est plus d'ectopie testiculaire qu'il s'agit. mais tout simplement de hernie inguinale. A cet âge, le testicule est petit, scléreux, inutile, définitivement perdu pour la sécrétion... et les illusions. L'ectopie est donc un phénomène contingent : il n'y a pas à en tenir autrement compte. La cure radicale de la hernie s'impose : voilà tout. On la pratique, et au cours de l'opération on enlève le testicule après en avoir à l'avance demandé l'autorisation au malade. Il reste, n'est-il pas vrai, entendu entre nous que si, par hasard, le testicule n'est pas trop atrophié, et qu'il ait encore... quelque apparence, vous devrez le conserver et en pratiquer la fixation scrotale, à l'expresse condition toutefois que ce sacrifice à la coquetterie ne risque pas de compromettre les résultats de la cure radicale qui, dans ces cas, demeure, je le répète, la seule indication thérapeutique formelle.

VI

Je résume en quelques mots ma pensée :

1° Sur un sujet de la première enfance atteint d'ectopie inguinale du testicule, ne faites aucun traitement ; attendez.

2° Sur un sujet de deux à quatre ans, pratiquez le massage, l'expression inguinale ; ne vous lassez pas après l'échec apparent d'un traitement de quelques semaines ; recommencez, au contraire, et attendez encore.

3° Sur un sujet de quatre, cinq ans et plus, faites encore le massage inguinal. De deux choses l'une : ou le testicule ne descendra pas, ou il descendra. S'il ne descend pas, pratiquez, après quelques mois de manipulations infructueuses, l'orchidopexie et la cure radicale de la hernie. S'il descend, laissez-le accomplir peu à peu sa migration terminale et ne vous occupez pas tout d'abord de l'intestin qui, peut-être, rentrera seul dans le ventre par oblitération spontanée du canal vagino-péritonéal.

Dans le cas où cet intestin, après une période de raisonnable expectation, occuperait encore le canal inguinal, appliquez, pendant quelques mois, un bandage à pelote *moulée* sur la région, et si le résultat ne répond pas à votre attente, pratiquez résolument la cure radicale de la hernie.

4° Sur un adolescent et un pubère, faites, sans attendre, l'orchidopexie et la cure radicale.

5° Sur un adulte, faites d'emblée la cure radicale de la hernie : chemin faisant, vous rencontrerez le testicule dont vous ferez ce qu'il vous plaira. Le plus souvent, il sera bon que vous l'enleviez,

---

(1) Voir : Traitement de la hernie ombilicale, par le docteur Pierre Sebileau, in *Semaine Médicale*, 23 décembre 1896.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier. — Présidence de M. Monod.

Traitement chirurgical du cancer du foie.

(Suite de la discussion.)

M. Routier. — A propos de la difficulté du diagnostic du cancer du foie, je désire vous soumettre l'observation suivante :

Il s'agit d'une femme de 50 ans que j'ai vue, pour la première fois, en janvier 1891. Elle souffrait alors du foie, depuis un an, et le médecin qui la soignait avait porté chez elle le diagnostic de tumeur du foie. En faveur de ce diagnostic, on sentait, en effet, une tumeur siégeant au niveau du bord externe du muscle droit, dans l'hypochondre droit. Il est vrai que cette tumeur semblait pouvoir appartenir à la vésicule biliaire, aussi bien qu'au foie. Le diagnostic exact était donc difficile à établir.

Un jour, en palpant cette tumeur, il me sembla sentir à son niveau de la fluctuation. Je fis donc une ponction et je retirai environ 120 grammes de pus. Mais cette ponction me conduisit à une erreur de diagnostic formidable. Je m'empressai de conclure, comme bien vous pensez, à l'existence d'un kyste hydatique du foie suppuré, et je fus alors amené à traiter cette tumeur d'une façon plus radicale. Je plaçai d'abord un gros drain, à la façon de Boinet et de Verneuil.

Les jours suivants, je mis une canule qui donna issue à des sortes de vésicules d'hydatides. Au bout de quelque temps, la malade eut de la fièvre que j'attribuai à une rétention de pus, et c'est alors que je décidai une intervention plus large.

Au mois de février 1891, je fis la laparotomie ; j'ouvris une poche pleine de détritus ressemblant à des choses informes et que Toupet, qui assistait à l'opération, me dit appartenir très certainement à un kyste hydatique.

Bref, la malade est morte quelques jours après l'opération et l'analyse histologique a montré qu'elle était atteinte d'un épithéliome du foie.

J'ai tenu, donc, à vous signaler ce fait uniquement pour vous démontrer combien est difficile, dans certains cas, le diagnostic des tumeurs du foie qui ne devient alors évident que grâce au microscope.

M. Quénu. — L'observation que vient de nous rapporter M. Routier m'engage à vous signaler le fait suivant :

En 1893, je vois une malade âgée et cachectique, sans phénomènes de carcinose stomacale, et présentant, dans l'hypochondre droit, une tumeur volumineuse débordant le rebord costal, fluctuante et douloureuse.

Depuis trois ou quatre semaines, cette malade souffrait, ne pouvait pas dormir et avait une forte fièvre. Il y avait tout lieu de penser à une suppuration du foie. Néanmoins, je portai le diagnostic de carcinôme profond du foie avec quelques réserves pour la possibilité d'un abcès hépatique. Une intervention fut décidée. J'ouvris l'abdomen au niveau du bord externe du muscle droit et je me trouvai en présence d'une masse énorme, bombant comme un abcès. Je suturai le péritoine hépatique au péritoine pariétal, et je ponctionnai la tumeur. Il en sortit un liquide analogue à du pus et je recueillis avec les doigts, dans l'intérieur de la poche, un peu de la substance ramollie de la tumeur. Cette substance fut examinée par M. Hanot, qui déclara que l'on avait affaire à des cellules cancéreuses types.

En résumé, j'ai donc, dans un cas presque analogue à celui de M. Routier, été amené à opérer une tumeur cancéreuse du foie qui présentait, en un point, un foyer de ramollissement, donnant l'illusion d'un abcès et commandant en quelque sorte une intervention. Cette intervention a été quelque peu légitimée par ce fait que la malade ne souffrit plus jusqu'au jour de sa mort, qui survint quatre semaines plus tard.

M. Ricard. — M. Terrier est venu nous dire, après l'observation communiquée par M. Segond sur le traitement chirurgical du cancer du foie, qu'il existait un procédé de ligature, récemment mis en honneur par deux de nos confrères russes, procédé qui permettait l'extirpation de tumeurs hépatiques sans crainte d'hémorrhagie.

D'autre part, M. Auvray, au cours de la dernière séance, nous a lu une très intéressante communication sur le même sujet.

Je ne m'inscris pas en faux contre ce genre de ligatures, mais je crois qu'il existe certaines tumeurs du foie, très vasculaires, dans lesquelles l'exérèse n'est pas permise, quelque puissant moyen que l'on ait à sa disposition pour éviter l'hémorrhagie.

Je n'en veux d'abord pour preuve que ce seul cas de tumeur vasculaire dont m'a parlé M. Terrier, où le malade est mort après une simple ponction.

A l'appui de ce que j'avance, je citerai ensuite le fait suivant qui m'est personnel : l'année dernière, je fus appelé auprès d'une jeune femme soignée depuis quelque temps pour troubles dyspeptiques avec tumeur au niveau de l'épigastre.

Cette malade présentait, en effet, une voussure épigastrique médiane, régulière, manifestement mobile avec le foie et mobile dans les mouvements de la respiration. Le médecin traitant avait fait le diagnostic de tumeur hépatique. Je spécifiai davantage et je conclus à l'existence d'un kyste hydatique du foie. Ja fis, au sein de la tumeur, une ponction avec la seringue de Strauss stérilisée. Cette ponction fut blanche. Je pensai alors à un kyste hydatique avec vésicules multiples obturant l'orifice du trocart et je décidai une opération.

Après ouverture de l'abdomen, je vis la tumeur hépatique ; mais, au lieu de la membrane transparente caractéristique d'une poche hydatique, je fus en présence d'une voussure hépatique de coloration un peu plus foncée que

la coloration hépatique normale. Cette tumeur était peu fluctuante. Je songeai à une tumeur vasculaire du foie à cause de ce fait, très caractéristique selon moi, que la tumeur avait respecté le bord libre du foie, habituellement dédoublé quand il s'agit d'une tumeur hydatique.

Je fis, enfin, une ponction dans la tumeur avec le trocart moyen de l'appareil Potain et il sortit un jet de sang noir. Croyant avoir plongé le trocart dans un gros canal veineux du foie, je le plongeai, à deux reprises différentes, dans de nouvelles directions et toujours le même sang noir s'échappa. Il s'agissait donc bien, véritablement, d'une tumeur vasculaire du foie. Je voulus faire alors la ligature du foie pour parer à l'hémorrhagie, au niveau de l'orifice du trocart, mais à peine l'aiguille de Reverdin était-elle introduite à la superficie de la tumeur, que deux nouveaux jets de sang jaillirent. Il me fallut faire une compression prolongée, avec cautérisation ignée au rouge sombre, pendant près de 25 minutes, pour tarir l'hémorrhagie qui s'était produite. Bref, je pus terminer l'opération et la malade en guérit.

Je dis qu'elle guérit de l'opération, car, rapidement, la tumeur prit des proportions considérables et un épanchement d'ascite se produisit. Après un mois de bien-être éprouvé par la malade, je dus intervenir de nouveau par une ponction. Je retirai une forte quantité de liquide sanguinolent. Au bout de quatre mois et demi, enfin, la malade mourut.

L'autopsie n'a pu être pratiquée. Mais j'ai pensé qu'il devait s'agir, chez cette jeune femme, d'un sarcôme vasculaire du foie à marche rapide.

J'en conclus, donc, je le répète, que, s'il est des procédés de ligature qui permettent l'exérèse, à blanc, des tumeurs hépatiques, il est des cas de tumeurs vasculaires ou l'exérèse et même la simple ponction ne sont pas permises.

Sur un cas de tumeur cérébrale.

M. Broca. — **M. Barette** (de Caen) nous a envoyé une intéressante observation de tumeur cérébrale dont je veux, d'abord, vous donner le résumé :

Il s'agit d'un homme de 27 ans qui présentait une vaste tumeur vasculaire bombant dans la région pariétale. Depuis six mois, le malade avait présenté des accidents de tumeur cérébrale caractérisés par des phénomènes oculaires seuls : forte amblyopie progressive accompagnée de nystagmus. Nulle part ailleurs il n'existait d'autres symptômes d'origine cérébrale.

M. Barette localisa donc la tumeur dans la région du cornéen, au niveau de la zone visuelle. Mais il déclare qu'il était déronté, toutefois, par l'existence, au niveau de la tumeur, d'un développement vasculaire intense, et il fit le diagnostic, en définitive, d'un fongus de la dure-mère ayant perforé l'os.

Comme le malade avait d'horribles souffrances et qu'il implorait chaque jour M. Barette pour une opération, notre collègue finit par céder aux désirs de son malade, mais à peine eut-il incisé la tumeur qu'il se produisit une hémorrhagie abondante et que le malade mourut.

L'autopsie de ce malade a été d'un grand enseignement. Il existait des veines très dilatées qui, nées entre la duremère et l'os, traversaient le crâne en d'énormes perforations créées par la raréfaction de l'os au niveau des veines émissaires de Santorini. La tumeur occupait, en réalité, la pointe du lobe occipital, elle avait envahi le sinus droit, arrêté sa circulation veineuse et elle sortait bien de l'os.

Dans cette observation, je relèverai surtout ce fait anatomique que je n'ai vu signalé nulle part, d'une tumeur cérébrale ayant envahi l'os et pouvant simuler un fongus de la dure-mère.

Je n'en veux pas à M. Barette d'avoir cédé aux instances de son malade en l'opérant, mais je n'aurais, pour rien au monde, fait cette opération. C'est le seul point de son observation sur lequel je suis en désaccord avec lui.

Intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein.

M. Tuffier. — Je désire vous soumettre ma statistique intégrale des opérations que j'ai faites pour tuberculose du rein, au cours de ces huit dernières années.

Je suis intervenu quinze fois pour tuberculose rénale. C'est dire que les cas sont en somme nombreux où le rôle du chirurgien doit s'exercer dans cette affection, puisque ma statistique entre pour un dixième dans les opérations que j'ai faites sur le rein.

L'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein se pose lorsque tous les moyens médicaux ont échoué. Mais le chirurgien, en opérant, doit alors prétendre aller uniquement au-devant des accidents causés par cette affection, et non pas guérir la tuberculose elle-même.

En partant de ce principe, trois grandes indications commandent l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein :

a) Les *hématuries abondantes et répétées*; *b*) les *douleurs*: c) les *phénomènes d'infection et d'intoxication*.

a) *Hématuries.* — Il n'est pas question, ici, de l'hématurie classique, bénigne, de la tuberculose du rein, mais bien des hématuries profuses, souvent répétées, constituant ce qu'on appelle la forme hémoptoïque, et ce que je crois mieux d'appeler la forme hématurique de la tuberculose rénale. En pareil cas, nous devons mettre le malade à l'abri des pertes de sang trop abondantes qui le mettent dans un état d'infériorité incontestable devant son mal.

J'ai fait deux interventions commandées par de semblables indications : dans un premier cas, il s'agissait d'une femme de 42 ans, atteinte d'hématuries profuses et d'une anémie profonde consécutive. J'ai fait la néphrectomie. Ma malade est, depuis, restée parfaitement guérie. Mon deuxième cas est celui d'une jeune fille de 20 ans, qui fut

opérée en juin 1893 et qui depuis trois ans avait des hématuries abondantes. Ici, j'ai fait l'incision lombaire, j'ai trouvé un rein volumineux, j'ai pratiqué la néphrotomie sans enlever le rein comme précédemment. La malade est restée 18 mois sans avoir d'hématuries. Elle en a présenté à la fin de 1895 et en 1896, mais qui n'ont pas nécessité de nouvelle intervention.

b) Accidents douloureux. — Ces accidents se présentent le plus communément sous la forme de coliques néphrétiques subintrantes. Il est évident qu'elles mettent, à l'égal des hématuries, le malade en état d'infériorité.

Dans ces conditions, j'ai fait en 1892 une néphrectomie chez une malade qui de 1892 à 1896 est restée guérie et n'a plus eu de douleurs. Je signale, en passant, qu'elle engraissa considérablement aussitôt mon opération, au point que cet embonpoint subit pouvait être considéré comme pathologique. D'ailleurs, chez la seconde opérée dont je vais vous parler tout à l'heure, des phénomènes semblables se sont produits, mais ils n'ont persisté chez aucune de ces deux malades.

Ma seconde malade a été opérée en 1894. C'était une jeune fille de 28 ans. Elle fut prise au mois de mai 1892 de douleurs vives dans le genou puis dans la région du rein à la suite d'un traumatisme. Cette jeune fille vit et consulta, de 1892 à 1894, de nombreux chirurgiens français, allemands, anglais, autrichiens, etc. Tout le monde a un peu erré sur son cas. Je ne cite, parmi les plus célèbres, que Billroth et Israël. On a cru, d'abord, qu'il s'agissait d'une contrition lombaire avec névralgie rénale, puis d'une lithiase rénale, puis d'un rein mobile avec étranglement. Je vis cette jeune fille en 1894. Je l'examinai et la suivis pendant quelque temps avec le plus grand soin. Son rein n'était point volumineux et ce fut seulement lorsque M. de Gennes eut démontré l'existence de bacilles de Koch dans les urines de cette malade qu'il nous fut possible d'établir le vrai diagnostic.

J'ai donc fait, ici encore, la néphrectomie lombaire. J'ai trouvé dans le rein une série d'abcès froids. L'uretère était dilaté et granuleux. La malade a été revue depuis son opération par Israël et il a trouvé, au niveau de l'orifice de l'uretère correspondant au rein que j'avais enlevé, une surface exulcérée, saignante, indice d'une tuberculisation commençante de la vessie survenue par voie descendante.

J'ai un troisième fait à vous signaler dans lequel les douleurs ont encore dicté l'intervention. Il s'agissait encore d'abcès tuberculeux. Le malade est resté guéri, sauf une légère fréquence des mictions et quelques petites hématuries.

Il y a enfin un accident plus rare au cours de la tuberculose rénale dont je veux me débarrasser de suite parce qu'il est l'origine de grandes douleurs pour les malades. Ce sont les calculs secondaires à la pyélonéphrite tuberculeuse. J'ai ainsi opéré récemment un de mes anciens élèves par la cystostomie sus-pubienne, et j'ai retiré un calcul logé dans son uretère. Ce pauvre garçon est mort quelque temps après l'opération, fortement déprimé par une maladie déjà longue et très avancée.

c) Accidents d'infection et d'intoxication. — Je veux parler ici des accidents de pyélonéphrite tuberculeuse, aiguë ou chronique. Ici, les malades dépérissent peu à peu et il faut encore intervenir. Je suis intervenu neuf fois dans ces conditions; tantôt par néphrectomie totale ou partielle, tantôt par simple néphrotomie. Mais je ne comparerai pas les résultats que j'ai obtenus avec chacune de ces deux opérations. Je me borne à dire que les résultats sont ici peu encourageants. On soulage les malades, mais on ne les guérit point. Néanmoins, il convient de suivre, ici, les indications générales données par les suppurations et d'ouvrir là où il y a un foyer purulent tuberculeux.

En terminant, je dirai que les indications opératoires dans la tuberculose du rein, tout traitement médical ayant échoué, pourraient être posées ainsi : dans les variétés hématuriques il faut faire la néphrectomie, dans les variétés douloureuses il faut encore faire la néphrectomie; enfin, dans les cas où les accidents infectieux et toxiques dominent le tableau, il faut encore intervenir, mais avec l'espoir de soulager et non la certitude de guérir.

Des rétrécissements de l'urèthre d'origine traumatique.

M. Bazy. — Il est classique d'admettre que les rétrécissements traumatiques de l'urèthre sont précoces et se produisent peu de temps après l'accident. Le fait suivant vient à l'encontre de cette notion.

J'ai été appelé, l'an dernier, auprès d'un vieillard de 75 ans atteint depuis quelque temps de troubles urinaires qui étaient ceux, non pas d'une hypertrophie de la prostate, mais d'une sténose uréthrale. Le passé de ce malade était instructif au plus haut point. A l'âge de 40 ans, il fut comprimé entre un mur et une charrette et eut la fracture double et verticale classique du bassin. Il eut aussi à cette époque des phénomènes de rétention d'urine.

L'année dernière, le médecin qui m'appela était étonné du siége de l'obstacle au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre. C'est, en effet, là que siégeait le rétrécissement. Je pus m'en convaincre facilement par ce fait que la boule de l'explorateur, au point où elle était arrêtée par l'obstacle, n'était pas sentie par le périnée, mais seulement par le toucher rectal. Ce fait est, selon moi, caractéristique du siège de l'obstacle au niveau de l'urèthre membraneux.

Bref, j'ai pu faire chez mon malade l'uréthrotomie interne. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie, malgré le voisinage du plexus de Santorini et le malade s'est comporté dans la suite comme un rétréci opéré par uréthrotomie.

Ce fait que je viens de vous rapporter n'est pas un fait isolé. J'ai lu dans une observation récente de Legueu le cas d'un homme chez lequel le rétrécissement s'était produit seize ans après la rupture de l'urèthre.

Donc, à la suite d'un traumatisme de l'urèthre, il est possible que le rétrécissement cicatriciel consécutif survienne tardivement, du moins en ce qui concerne les déchirures de l'urèthre membraneux.

M. Routier. — Je compte présenter prochainement à la Société de chirurgie, pour un motif autre, un malade qui n'a eu de rétrécissement cicatriciel de l'urèthre que six ou sept ans après une fracture du bassin.

Présentation de pièces.

M. Bazy présente un lambeau de tissu pulmonaire sphacélé pesant 32 grammes qu'il a enlevé ce matin par pneumotomie. M. Bazy a fait son intervention sans se préoccuper le moins du monde de la plèvre et sans créer d'adhérences préalables entre les deux feuillets de la séreuse dans le but d'éviter le pneumothorax chirurgical.

M. Quénu. — L'observation de M. Bazy ne prouve rien quant au danger du pneumothorax chirurgical, puisque les adhérences existaient déjà.

M. le président. — La discussion sur la chirurgie du poumon, engendrée par la communication récente de M. Quénu, aura lieu à la prochaine séance.

M. Michaux présente une mammelle hypertrophiée, du poids de treize livres et demie qu'il a enlevée ce matin. Cette mammelle descendait jusqu'au niveau du genou. La mammelle du côté opposé ne descend que jusqu'au niveau de l'ombilic.

Présentations de malades.

M. Picqué présente un malade chez lequel on avait diagnostiqué un sarcôme de l'avant-bras et chez lequel on voulait faire l'amputation. L'orateur, approuvé en cela par M. Feulard, a fait le diagnostic de syphilôme de l'avant-bras et fait des injections de calomel qui ont mis le malade en voie de guérison.

M. Picqué présente un second malade chez lequel M. Souligoux a fait la gastro-entérostomie par son procédé. Ce malade était atteint d'un néoplasme du pylore. Il a été opéré le 31 décembre.

M. Bouilly. — Je suis agréablement surpris du merveilleux résultat que nous présentent aujourd'hui MM. Picqué et Souligoux.

J'ai vu opérer ce malade par M. Souligoux. Son procédé est ni plus ni moins excellent. C'est une opération simple, facile et d'un grand avenir à tous les points de vue.

M. Reynier. — Je souscris aux remarques de M. Bouilly et j'ajoute que cette opération a le grand avantage de supprimer le choc opératoire.

M. Monod. — M. Souligoux a appliqué deux fois son procédé dans mon service. Dans un cas, le malade est mort à la suite de vomissements incoercibles. Je ne cite pas ce fait pour combattre l'excellent procédé de M. Souligoux, mais pour dire que chez certains malades les meilleurs procédés de gastro-entérostomie resteront toujours sans résultats.

M. Régnier. — C'est le plus souvent parce que l'on ne fait pas la torsion de l'anse intestinale que de pareils accidents se produisent.

M. Quénu. — J'ai fait un certain nombre de gastro-entérostomies, et jamais je ne me suis préoccupé de faire la torsion de l'anse intestinale.

M. Picqué. — M. Souligoux a pratiqué six fois son opération dans mon service et tous ses opérés ont guéri sans qu'il se fût jamais préoccupé de faire la torsion de l'anse intestinale.

M. Tuffier. — Jamais je ne me préoccupe de faire la torsion de l'anse intestinale quand je fais la gastro-entérostomie.

M. Walther. — J'ai pratiqué l'opération de M. Souligoux avec M. Souligoux comme aide et j'ai été étonné de sa facilité. Mon malade a rapidement guéri et dans d'excellentes conditions.

Jean Petit.

Ordre du jour de la séance du 20 janvier.

Suite de la discussion sur : *La chirurgie du poumon* **(M. Quénu), MM. Tuffier, Bazy, Delorme.** — *La gastro-entérostomie* **(M. Picqué), M. Reynier.**

Election de membres correspondants.

Communication sur : *Un abcès cérébral* **(M. Reynier).**

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Les dangers de l'acide phénique.

On a insisté souvent sur les dangers de l'acide phénique, et plusieurs cas de gangrène consécutifs à l'application de la solution phéniquée sur les plaies ont été déjà rapportés. De ce nombre est le cas de gangrène du médius, dont les premiers symptômes se montrèrent vingt-quatre heures après l'application d'une solution à 1/100 d'acide phénique, que vient de signaler **M. Peraire** à la Société anatomique (décembre 1896).

Cet exemple montre, une fois de plus, qu'il est imprudent d'appliquer, sous forme de pansements, l'acide phénique sur les plaies des doigts par piqûres, morsures ou traumatismes divers.

La méthode sclérogène dans la pratique à la campagne.

Dans une thèse soutenue au mois de juillet dernier, **M. Porte** a publié les résultats obtenus par la méthode sclérogène, à la campagne, dans six cas de tuberculoses locales. Ces résultats ont été parfaits, notamment pour une

tumeur blanche du genou, une adénite cervicale en partie suppurée et une ostéite tuberculeuse de la malléole externe avec synovite fongueuse.

Ces résultats, dit M. Porte, sont encourageants et doivent faire entrer dans la pratique des médecins de campagne la méthode de M. Lannelongue qui laisse loin derrière elle les applications de pointes de feu, injections d'éther iodoformé et applications de pommades, procédés qui sont le plus souvent une cause de retard dans la guérison des tuberculoses locales.

De l'influence de la glande thyroïde sur le développement du squelette.

Voici les conclusions données par **M. Danis** sur ce sujet (Thèse de Lyon, décembre 1896) :

I. — La glande thyroïde exerce une action incontestable sur le développement du squelette. Les preuves nous en sont fournies :

1° *Par la clinique* qui nous montre :

a) Que les idiots myxœdémateux, dont la glande thyroïde est absente ou atrophiée (athyroïdiens, hypothyroïdiens, de M. le Prof. Poncet) sont toujours des nains.

b) Que les crétins endémiques, qui ont un corps thyroïde hypertrophié macroscopiquement, mais atrophié fonctionnellement, sont toujours arrêtés dans le développement squelettique, lorsque les signes du crétinisme apparaissent dès l'enfance. Le nanisme est d'autant plus accentué que le goitre est apparu à une époque plus rapprochée de la naissance (Poncet).

c) Que lorsqu'on pratique la thyroïdectomie totale chez les enfants (opération aujourd'hui complètement abandonnée), la croissance s'arrête. On ne doit donc faire chez eux que la thyroïdectomie partielle, que la strumectomie ou, mieux encore, l'exothyropexie, opération qui conserve plus de tissu glandulaire et qui a été préconisée par MM. Poncet et Jaboulay.

d) Que même les basedowiens présentent des troubles trophiques osseux, attribuables pour nous à une activité trop grande des cartilages de conjugaison, activité qui est sous la dépendance directe de l'hyperthyroïdisation.

e) Enfin, que le corps thyroïde est surtout volumineux au moment de la croissance, qu'il diminue de volume lorsqu'elle est terminée, c'est-à-dire alors que son rôle est fini.

2° *Par les recherches expérimentales d'Hofmeister et d'Eiselsberg*. Des animaux, à qui on avait enlevé le corps thyroïde, ont présenté un arrêt de croissance des plus marqués.

3° *Par le traitement thyroïdien*, qui a produit une augmentation notable de la taille chez les idiots myxœdémateux, les crétins et chez les enfants dont l'arrêt de croissance reconnaissait des causes diverses (rachitisme, albuminurie, hyperazoturie, etc.).

II. — La pathogénie de cette action de la glande thyroïde sur le développement osseux est encore à l'étude. On tend cependant à admettre, de nos jours, que la glande thyroïde sécrète une substance spéciale qui neutralise les produits de la désassimilation et les empêche ainsi d'exercer une fâcheuse influence sur le fonctionnement des centres trophiques.

III. — Quel que soit d'ailleurs son mode d'action, il est indiqué de soumettre à la médication thyroïdienne les idiots myxœdémateux et les crétins. Il faut, toutefois, auparavant, s'assurer chez eux que la croissance est encore possible, c'est-à-dire rechercher, par l'épreuve radiographique, si leurs cartilages d'accroissement ne sont pas encore ossifiés. Ce traitement nécessite une surveillance spéciale à cause des accidents toxiques qu'il peut entraîner.

Parmi toutes les médications aujourd'hui en usage (greffe, injection de suc thyroïdien, injection de préparations thyroïdiennes, thyro-éréthisme de M. le Prof. Poncet), l'ingestion par la voie stomacale de glande thyroïde fraîche de mouton paraît la meilleure.

En résumé, le bon fonctionnement de la thyroïde a une influence incontestée et considérable sur le développement du squelette. Ses altérations produisent le raccourcissement de la taille, le nanisme ; par contre, nous avons dans la médication thyroïdienne, dans le thyro-éréthisme (Poncet) un moyen précieux d'augmenter la longueur des os.

Faisons encore remarquer, en terminant, l'action inverse du testicule. Les expériences de M. Poncet : *De l'influence de la castration sur le développement du squelette* (Association française pour l'avancement des sciences, 1878), n'ont-elles pas démontré que la castration entraînait chez les jeunes gens une augmentation notable de la longueur du squelette et ne savons-nous pas que les eunuques se distinguent précisément par leur grande taille ? Entre le testicule et la glande thyroïde, il existe donc un rapprochement curieux à établir : l'absence des testicules, la castration provoquent un hyperaccroissement des os ; au contraire, l'ablation de la thyroïde, la suppression fonctionnelle de cette glande, un arrêt très marqué du développement.

CHIRURGIE DES OS

Traitement des gibbosités.

M. Auffret, à une séance de l'Académie de Médecine (5 janvier 1897), montre que les interventions dans les fractures du rachis doivent être précoces quand la vie est menacée ; elles sont d'autant plus nécessaires que la fracture est située plus bas ; ce n'est que lorsque le siège de la fracture est à nu que l'on peut se rendre compte de l'état de la moelle.

Dans la tuberculose vertébrale, lorsque la lésion siège à la région lombaire, on peut, en attaquant la troisième et la quatrième lombaire, drainer le psoas et pratiquer le drai-

nage transfémoro-lombaire. La cinquième lombaire peut facilement être attaquée par la résection d'un fragment triangulaire de l'os iliaque.

D'autre part, dans la *Médecine Moderne* (n° 105, 1896, p. 804), **Chipault** étudie le *traitement des gibbosités pottiques*.

D'après Chipault, les gibbosités du mal de Pott semblent pouvoir être divisées au point de vue thérapeutique en deux grandes catégories :

a) Les *gibbosités non ankylosées* correspondant à un foyer vertébral d'ordinaire récent, datant de trois mois à un an, dont la cicatrisation osseuse n'est pas encore cliniquement appréciable. Dans ces cas, l'enfant privé de soutiens artificiels emploie tous les moyens pour soustraire la région au poids de la partie supérieure du corps.

Ces gibbosités sont réductibles sous chloroforme à l'aide de traction légère. D'après Chipault, il suffit de lier les apophyses correspondant à cette gibbosité, avec des fils d'argent, d'immobiliser le malade sur une gouttière ou dans un lit de Lannelongue pour que cette gibbosité guérisse sans trace de déformation.

b) Les *gibbosités ankylosées* impossibles à modifier sans fracturer l'ankylose.

Ces dernières gibbosités, Chipault dit qu'il a pu, dans certains cas de constitution anatomique exceptionnelle, les atténuer par l'abrasion des apophyses épineuses correspondantes en suppléant à l'absence des ligaments interépineux par la ligature au fil d'argent des apophyses sus- et sous-jacentes aux apophyses réséquées.

C'est pour ces gibbosités ankylosées que **Calot** (de Berck-sur-Mer) a pratiqué, dans ces derniers temps, la réduction par fracture avec immobilisation dans un appareil plâtré spécial.

Le facies rachitique.

M. Regnault (le *Scalpel*, n° 27, p. 178, 1896), en observant attentivement le crâne et, d'une manière plus générale, la tête des rachitiques, a remarqué un certain nombre de particularités en contradiction avec les observations antérieures. Contrairement à l'opinion de Grisolle et de M. Lannelongue, il n'admet pas l'augmentation de volume du crâne : d'après lui, le crâne ne paraît gros que par suite du moindre développement du corps et surtout de la face.

Le rachitisme amène la brachycéphalie : la pression de la tête de l'enfant dans le décubitus dorsal s'exerce, en effet, uniquement au niveau de la région occipitale dont les os mous s'affaissent. Mais ce n'est là qu'une simple déformation transitoire : le développement ultérieur du cerveau la corrige.

La face n'est pas indemne dans le rachitisme, et Grisolle, puis Reclus, ont déjà insisté sur sa petitesse et sur la saillie des os des pommettes. L'auteur appelle l'attention sur l'atrophie de la partie inférieure du maxillaire supérieur suivant le diamètre transverse : l'exagération de la fosse canine fait saillir d'autant en avant l'os incisif. Cette déformation, si caractéristique, est persistante et, parfois, elle est la seule manifestation du rachitisme; elle n'est cependant pas spéciale à cette affection, car elle peut exister dans l'ostéomalacie et dans la carie syphilitique avec destruction des fosses nasales; les autres symptômes concomitants, dans ces cas particuliers, permettent de la rapporter à sa véritable cause. Une observation attentive suffit aussi à la différencier de l'atrophie sénile des maxillaires supérieurs et de la déformation amenée par les végétations adénoïdes.

L'atrophie du maxillaire supérieur entraîne des modifications dans la forme de l'orbite. Le diamètre vertical de ce dernier se trouve agrandi et la paroi inférieure de la cavité orbitaire, au lieu d'être horizontale, devient fortement oblique en bas et en dehors. L'indice orbitaire est grand, comparable, comme degré, à celui qu'on constate, bien que pour des raisons différentes, dans l'hydrocéphalie.

APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

Chirurgie de l'estomac.

Brenner (*Wiener klin. Woch.*, 1896), se conformant aux indications données par Hofmeister, est intervenu deux fois *pour adhérences gastriques consécutives à l'ulcère* en pratiquant la *résection de l'estomac*. Cette résection était commandée par des adhérences profondes de la paroi stomacale comprenant non pas une seule, mais plusieurs tuniques de cet organe. On conçoit, en effet que, en pareil cas, la destruction simple des adhérences eût été impossible. Dans ses deux opérations l'auteur a obtenu un plein succès et mis fin aux douleurs violentes et aux troubles gastriques rebelles éprouvés par les malades.

D'autre part, **Lauenstein** (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1896, vol. XLIV, n°s 3 et 4, p. 241) donne le résultat des opérations (pylorectomies et gastro-entérostomies) qu'il a faites sur l'estomac, soit pour cancer, soit pour ulcère simple.

La comparaison de ces résultats montre que la gastro-entérostomie doit être préférée à la pylorectomie. Dans la pylorectomie on fait presque fatalement une opération incomplète où la récidive est inévitable. Il faut réserver cette intervention aux cas tout à fait récents.

D'ailleurs la mortalité moindre de la gastro-entérostomie doit encore faire préférer cette intervention dans la grande majorité des cas. Ajoutons, enfin, que la gastro-entérostomie est encore l'opération de choix dans les cas de rétrécissement cicatriciel du pylore où des adhérences fixent le pylore aux organes voisins.

Chirurgie du pancréas.

Sendler (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1896, vol. XLIV, n°s 3 et 4, p. 329) publie deux cas d'intervention sur le pancréas atteint de tumeur lymphatique tuberculeuse et de cancer.

L'auteur a abordé le pancréas par la voie transpéritonéale après avoir effondré le petit épiploon et pris grand soin de ménager la mésentérique supérieure ou la co-

lique moyenne dont il convient, dit-il, d'éviter la blessure au cours de cette opération. La lésion de ces artères entraînerait en effet une gangrène du côlon transverse. Aussi l'auteur conseille-t-il d'aborder le pancréas en effondrant le ligament gastro-colique et non le petit épiloon. On pourrait encore aborder le pancréas par la voie extra-péritonéale lombaire.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate.

M. Raymond Petit (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 3, 1897, p. 25) fait une étude détaillée des différents procédés adoptés dans le traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate et conclut que la résection des canaux déférents, si elle ne mérite pas le nom de cure radicale, n'en est pas moins une bonne opération, préférable à la castration, tout en donnant les mêmes résultats.

Il distingue, avec Floersheim, les prostatiques en trois catégories et indique pour chacune le traitement qu'il convient de faire.

Aux premiers, les *prostatiques artério-scléreux*, lorsque le traitement hygiénique et le cathétérisme auront échoué, il faudra faire la cystostomie sus-pubienne et le cysto-drainage, la prostatomie périnéale ou bien, enfin, la prostatectomie.

Chez les seconds, les *prostatiques congestifs* de Guyon, la résection des canaux déférents trouvera sa meilleure indication.

Chez les troisièmes, enfin, et ce sont les plus nombreux, les *prostatiques scléro-veineux*, c'est encore à la résection des canaux déférents qu'il faudra avoir recours.

Quoi qu'il en soit, il ne faudra jamais entreprendre une opération grave chez un prostatique sans s'être assuré du bon état des viscères et de la santé générale du malade, sans s'être rendu compte de la persistance de la contractilité viscérale dont la perte explique beaucoup d'insuccès opératoires.

Accidents dus à la ponction et à l'injection iodée dans le traitement de l'hydrocèle.

A la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (séance du 11 décembre 1896), **M. Chavoix** a communiqué l'observation d'un malade, atteint d'hydrocèle vaginale, chez lequel il a fait une ponction suivie d'une injection de 200 grammes de liquide iodé. Huit jours après cette intervention, le malade a été pris de frissons violents, et son corps s'est couvert de pétéchies. Puis survinrent de l'épistaxis et des hématuries, et il y eut enfin du hoquet et de l'hypothermie.

M. Dubreuilh a fait remarquer que le purpura était un accident fréquent de l'iodisme, et que la quantité d'iode, nécessaire pour déterminer cet accident, variait avec chaque malade.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La liste de présentation des candidats à la chaire vacante de pathologie interne a été dressée ainsi qu'il suit : *en première ligne*, M. Hutinel (le vote a donné 16 voix à M. Hutinel et 14 à M. Brissaud) ; *en deuxième ligne*, M. Dejerine ; *en troisième ligne*, M. Chauffard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Election d'un membre titulaire de l'Académie de médecine.

Votants : 69. — Majorité : 35.

M. Guignard.......................... 68 voix (Elu)
Bulletin blanc......................... 1 —

Liste de présentation des candidats à la place de membre titulaire de l'Académie de médecine.

En première ligne : M. Delorme ; *en deuxième ligne* : M. Richelot ; *en troisième ligne* : M. Peyrot ; *en quatrième ligne* : M. Bouilly ; *en cinquième ligne* : M. Quénu ; *en sixième ligne* : M. Kirmisson.

NOTES POUR L'INTERNAT

RAPPORTS DU REIN (1)

A. Topographie générale du rein.

Une coupe transversale de la région lombaire d'un embryon montre ceci :

1° Sur la ligne médiane et d'arrière en avant.

a) Le canal neural d'origine ectodermique ; *b)* la notochorde ; *c)* l'aorte, tous les deux développés dans le mésoderme ; *d)* l'intestin, d'origine endodermique, enveloppé dans un long repli du mésoderme, le mésentère.

2° De chaque côté et d'arrière en avant.

a) Les racines rachidiennes postérieures avec leur intumescence gangliforme, et les racines antérieures qui se détachent du canal neural ; *b)* les cordons sympathiques de chaque côté de la notochorde ; *c)* la veine cardinale postérieure ; *d)* le canal et les canalicules de Wolff, qui occupent la région la plus externe (voir fig. de Balfour reproduite dans *Précis d'Embryologie*, de Gilis (Masson, 1891, page 219).

La notochorde deviendra plus tard la colonne vertébrale et l'appareil de Wolff deviendra le rein (peu importe comment).

Entre l'intestin, en avant, d'origine endodermique et le canal neural, en arrière, d'origine ectodermique, existent donc, développés au milieu de la partie non divisée du mésoderme, les deux corps de Wolff, ayant, en dedans

(1) Notes prises par un étudiant au cours d'anatomie de M. Pierre Sebileau.

d'eux, développés dans le même mésoderme, la notochorde et l'aorte, qui sont au milieu, la première en arrière de la seconde, les cordons sympathiques et les veines cardinales postérieures de chaque côté.

Tout cela est l'image des futures rapports du rein.

Entre les deux reins, l'on trouvera donc : *a*) la colonne vertébrale : *b*) l'appareil vasculo-nerveux qui descend le long d'elle, sur la ligne médiane ou latéralemement (aorte, veines azygos (veines cardinales postérieures), sympatique et son rameau splanchnique, la veine lymphatique. Plus tard, apparaîtra la veine cave, remplaçant la veine vitelline qui, elle, allant du foie au cœur, n'apparaissait pas dans la coupe de la région lombaire.

En arrière du rein, il y aura la couche musculaire, sorte de prolongement externe que la notochorde (c'est en réalité la tige protovertébrale) envoie sous la peau pour former les parois du ventre.

En avant du rein, on trouvera le tube intestinal, qui, ayant infiniment grandi et ne trouvant plus de place dans l'abdomen, est devenu tortueux et qui, dès lors, au lieu de rester sur la ligne médiane, s'est développé partout et recouvre la face antérieure du rein tout entière. C'est encore sur cette face antérieure du rein qu'on verra les hourgeonnements, les efflorescences de l'intestin : le foie, la rate, le pancréas et aussi, peut-être, les vaisseaux qui, partis de l'aorte au milieu, iront irriguer sur les côtés ces glandes quand leur développement ne les aura pas entraînées trop loin du rein.

Cet aperçu emhryologique donne un canevas tout tracé pour l'étude méthodique des rapports du rein dont il faut étudier d'abord, cependant, les caractères morphologiques et topographiques généraux.

B. Morphologie et caractères généraux.

Il y a deux reins, allongés verticalement, ayant grossièrement forme de haricots, présentant :

a) Une face antérieure ; *b*) une face postérieure, toutes deux un peu hombées ; *c*) un hord externe, convexe ; *d*) un bord interne, creusé pour recevoir l'appareil de nutrition et de fonction ; *e*) une extrémité supérieure et une extrémité inférieure.

Ils sont de *consistance* ferme, de *couleur* rouge hrune et d'un *poids* de 130 gr. chacun environ.

Les reins tournent le hord creux qui reçoit les vaisseaux vers ce qui peut les leur fournir, c'est-à-dire vers aorte ; c'est donc aussi par leur hord creux qu'ils se regardent.

Ils sont un peu obliquement placés : 1° dans sens vertical ; 2° dans plan frontal. Dans le sens vertical, ils se rapprochent par extrémité supérieure (2 centimètres 1/2 entre elle et ligne épineuse) et s'éloignent par extrémité inférieure (4 centimètres). Aussi quand les deux reins se fusionnent en un seul, c'est ordinairement par en haut qu'ils s'unissent : il y a alors un rein en fer à cheval concave en has. Dans plan frontal, la face postérieure est un peu interne ; l'aorte étant en avant du rein et entre eux deux, on dirait que cette aorte ne ponvant pas leur donner une artère rénale assez longue, cette artère ré nale a tiré sur le hord interne du rein pour le rapprocher de l'aorte rendant ainsi la face postérieure un peu interne.

C. Appareil de suspension.

C'est dans cette situation générale et dans cette orientation que le rein est maintenu par :

a) *Le péritoine*. — Celui-ci passe en avant du rein qui est donc tout à fait extra-péritonéal. Entre rein et organes voisins, on voit souvent replis séreux qui seront étudiés plus loin (repli hépato-rénal, duodéno-rénal, etc.)

b) *Le fascia sous-péritonéal*, qui, simple lame de tissu cellulaire condensé, se dédouble au niveau du rein pour envelopper celui-ci dans une véritable gaine.

c) *La capsule adipeuse* (ligament adipeux), vraie transformation adipeuse du fascia sous-péritonéal, a été très bien décrite par Tuffier (1). Elle est constante, plus abondante chez la femme, à peine marquée chez le fœtus et le nouveau-né. Presque absente sur face antérieure du rein, elle est très épaisse sur face postérieure, forme une hande sur hord externe, un noyau sur bord interne au niveau du hile, un bourrelet supérieur et inférieur à chaque extrémité. Elle est représentée sur cadavre par masse graisseuse compacte, facile à dissocier, où on est tenté de « chercher malgré soi quelque hourre séreuse non encore décrite » (Daniel Mollière), et sur vivant par masse fluide qui se laisse mal dissocier et qui fuit sous la pression. Le rein est entouré de tissus mous, élastiques et légers qui lui forment moyen de protection et de suspension parfait (Daniel Mollière), ce qui permet de dire : « Le rein est la plus libre de toutes les glandes » (Bordeu). Aussi rein flottant n'est-il pas rare quand capsule adipeuse maigrit.

d) *L'appareil vasculo-excréteur* qui ahorde rein par son bord interne au niveau de *hile*. Cet appareil se compose de : 1° veine rénale en avant ; 2° artère rénale au milieu entourée de filets du sympathique ; 3° uretère et sa dilatation, le bassinet en arrière.

Pour se rappeler constitution de ce hile, il faut se dire : 1° artère rénale et veine rénale viennent de aorte et veine cave inférieure. Or, aorte et veine cave inférieure étant sur un plan *antérieur* à plan rénal, vaisseaux ahorderont rein par partie *antérieure* de son hile. Donc, hassinet se logera là où vaisseaux lui laisseront place, c'est-à-dire en arrière ; 2° trou diaphragmatique de veine cave est *en avant* de trou diaphragmatique d'artère aorte ; pas étonnant que veine rénale venue de veine cave soit *en avant* d'artère rénale venue d'artère aorte.

(A suivre.)

(1) Tuffier : *La capsule adipeuse du rein au point de vue chirurgical. Revue de Chirurgie*, 1890, p. 390.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 4 23 Janvier 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : **Dr Pierre SEBILEAU.**

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

CAUSERIE DE L'HOPITAL COCHIN — M. PIERRE SEBILEAU

De l'orchidopexie.

I

Je vous disais l'autre jour, au cours de notre précédente causerie, qu'une préoccupation d'ordre différent doit occuper l'esprit du clinicien suivant l'âge du malade qu'il entreprend de guérir par une intervention chirurgicale d'une hernie inguinale congénitale compliquée d'ectopie testiculaire. Chez l'enfant il faut, avant tout, sauver la glande génitale : on pratique l'orchidopexie. Chez l'adulte il faut, avant tout, rentrer l'intestin : on pratique la cure radicale de la hernie. Dans le premier cas, après avoir descendu et fixé le testicule, — indication principale, — on rentre l'intestin — indication secondaire. Dans le second cas, après avoir rentré l'intestin, — indication principale, — on descend ou on enlève le testicule — indication accessoire.

Je dois donc, comme corollaire de notre dernier entretien, vous décrire maintenant la technique de deux opérations : 1° celle de l'orchidopexie; 2° celle de la cure radicale de la hernie inguinale.

Parlons seulement aujourd'hui de l'orchidopexie : vous suivrez facilement ma description, du reste très élémentaire, en vous rappelant les deux malades que j'ai naguère opérés devant vous.

II

Cette opération de l'orchidopexie se compose de plusieurs temps opératoires que voici : 1° mise à découvert du testicule; 2° ouverture de la vaginale et du canal vagino-péritonéal; 3° dissection et isolement de ce canal vagino-péritonéal; 4° refoulement de l'intestin dans le ventre et fermeture du canal vagino-péritonéal au niveau de son embouchure; 5° mobilisation du cordon spermatique, fixation du testicule dans le scrotum et fermeture de la cavité vaginale; 6° résection du conduit vagino-péritonéal.

Premier temps : mise à découvert du testicule. — C'est une longue incision cutanée qu'il faut faire, obliquement étendue du fond de la poche scrotale jusqu'au droit de l'orifice profond du canal inguinal. Quand on a, d'un bout à l'autre de cette ligne opératoire, séparé le tissu cellulaire et divisé le pannicule graisseux, il convient, après avoir « mouché » l'artère sous-cutanée de l'abdomen qui saigne, de dilacérer d'un coup de spatule la toile celluleuse, lâche et terne, qui recouvre le large tendon plat et brillant du muscle grand oblique et en masque les deux piliers ainsi que l'orifice que ceux-ci limitent entre eux. Ainsi apparaît l'anneau inguinal extérieur ou superficiel. Dans cet anneau, l'opérateur introduit une sonde cannelée qu'il doit faire glisser sous la face profonde de la paroi antérieure du canal inguinal (tendon aponévrotique du grand oblique) parallèlement à la direction de ce canal, et qu'il doit engager sans crainte dans une étendue de plusieurs centimètres.

Quelques mouvements imprimés à cette sonde indiquent qu'elle est libre, que rien n'est interposé entre elle et la paroi antérieure du canal. Que celle-ci soit alors fendue largement du tranchant d'un bistouri dont le dos glisse dans la rainure de l'instrument conducteur. Voilà le canal inguinal désormais béant : on y découvre le testicule enfermé dans sa gaine vaginale.

Second temps : ouverture de la vaginale et du canal vagino-péritonéal. — Soulevez donc maintenant, avec les mors d'une pince, le feuillet pariétal de la vaginale et ouvrez-le; prolongez votre incision sur toute l'étendue du conduit vagino-péritonéal, et étudiez bien la disposition des trois organes qui se présentent à vous : la séreuse, le testicule, l'intestin.

A. *Sous quel aspect se présente la séreuse?* — Cela dépend : ou bien il n'y a pas trace d'oblitération, et alors vous voyez s'étendre du ventre jusqu'au dessous du testicule — jusqu'au scrotum quelquefois — un long canal vagino-péritonéal complètement ouvert; ou bien le processus adhésif a laissé son empreinte sous forme de rétrécissements annulaires ou de soudures complètes qui peuvent siéger en trois points différents : 1° en haut, près du ventre; 2° en bas, près du testicule; 3° au milieu, entre le ventre et le testicule. Je vous dis tout cela pour que, le cas échéant, vous n'ayez pas de surprise : le manuel opératoire ne subit, de ces différents états, que des modifications sans importance.

B. *Sous quel aspect se présente le testicule?* — Il est orienté suivant l'axe du canal inguinal, avec son extrémité supérieure en dehors et en haut, présentant en avant sa future face externe. Suivant les sujets vous observerez une des trois dispositions suivantes : 1° sur le dos du testicule se trouvent couchés l'épididyme et le premier segment du canal déférent; c'est presque toujours ainsi qu'il en est; 2° le testicule est resté dans le canal inguinal, mais l'épididyme a accompli sa descente dans le scrotum, entraînant avec lui le canal déférent; 3° le testicule et l'épididyme sont côte à côte en ectopie inguinale, mais le canal déférent a terminé sa migration. Petites choses encore que tout cela et incapables de troubler en rien votre opération.

C. *Sous quel aspect se présente l'intestin?* — Trois cas se présentent : 1° ou bien — c'est l'ordinaire — l'intestin vient se mettre en rapport plus ou moins intime avec le testicule : il se place alors presque toujours en avant de lui; 2° ou bien l'intestin s'engage dans le canal inguinal, mais n'atteint pas le testicule : entre les deux organes s'opère alors l'oblitération du canal péritonéo-vaginal; 3° ou bien, enfin, l'intestin dépasse le testicule et descend dans les bourses, celui-ci restant dans le canal inguinal. En tous ces cas, les règles opératoires restent les mêmes.

Troisième temps : dissection et isolement du conduit vagino-péritonéal. — L'intestin refoulé dans le ventre, car c'est par là qu'on doit commencer dès que le canal vagino-péritonéal est ouvert, il faut disséquer et libérer celui-ci. Le séparer du tissu cellulaire lâche de la région, cela va tout seul; mais ce qui demande des précautions et de la patience, c'est la dissociation du canal vagino-péritonéal et des éléments du cordon spermatique. Quand la séreuse passe simplement en avant de celui-ci, la séparation est vite accomplie; mais quelquefois elle en tapisse aussi les côtés et l'entoure presque complètement, ainsi que je l'ai démontré : alors la manœuvre demande un certain temps. C'est avec les doigts, la spatule, la pointe des ciseaux fermés, avec un tampon bien exprimé surtout — comme le faisait mon pauvre maître Terrillon — que l'on peut opérer cet isolement du canal vagino-péritonéal. Cet isolement doit, cela s'entend, remplir deux conditions : 1° être complet, absolu; 2° s'étendre de l'orifice profond du canal inguinal jusque près du bord supérieur du testicule, porter, par conséquent, sur toute l'étendue du conduit.

III

Il ne vous reste plus que trois choses à faire maintenant : 1° refouler l'intestin dans le ventre et lui fermer la porte du canal inguinal; 2° attirer le testicule dans le scrotum, lui faire un nid dans ce scrotum et l'empêcher de remonter dans le canal inguinal; 3° réséquer toute la portion inutile du canal vagino-péritonéal, c'est-à-dire tout ce qui, de lui, ne sera pas utilisé pour faire la vaginale ou, pour m'exprimer plus clairement, toute la partie intermédiaire entre l'extrémité supérieure du testicule et l'orifice inguinal profond.

Quatrième temps : rentrer l'intestin et lui fermer la porte. — De cela, peu de choses à vous dire aujourd'hui; c'est affaire dont je vous parlerai quand je vous décrirai la cure radicale de la hernie. En un mot, voici : 1° liez le canal vagino-péritonéal tout à fait en haut, au niveau de l'orifice profond du canal inguinal, et tranchez-en les parois, d'un coup de ciseaux, au-dessous de la ligature; 2° si cela est nécessaire, et pour plus de prudence, reconstituez la paroi

postérieure du canal inguinal par l'excellent procédé de Bassini. Je passe.

Cinquième temps : attirer le testicule dans le scrotum et empêcher sa « réascension ». — Trois obstacles peuvent s'opposer et s'opposent, en réalité, à la descente du testicule : 1° le canal vagino-périonéal ; 2° les connexions musculeuses du pédicule vasculaire ; 3° la brièveté du pédicule.

Le canal péritonéo-vaginal ne saurait désormais vous gêner, puisque, d'une part, vous l'avez coupé en travers, tout en haut, après avoir rentré l'intestin et que, d'autre part, vous l'avez, dans la première partie de l'opération, libéré de tous côtés ; il n'a donc plus qu'à obéir aux tractions et à suivre le testicule.

Le cordon spermatique, lui, présente quelques adhérences celluleuses lâches : pratiquez-en la facile dilacération. Mais débarrassez-le surtout, par la déchirure et les sections, des connexions que vous lui voyez prendre avec ces beaux et longs faisceaux rouges, formés des fibres inférieures du petit oblique déjà déviées de leur direction primitive par la migration partielle et comme entraînées vers un commencement de formation crémastérienne. Seulement, ne dites pas, comme quelques auteurs, que vous « réséquez ainsi le crémaster » : Il n'y a pas de crémaster chez les ectopiques : on ne le rencontre que sur les sujets dont la migration testiculaire a été complète : il est donc impossible que vous le réséquiez. Ce que vous coupez, ce que vous séparez du cordon, c'est le bord inférieur du petit oblique et du transverse : oui, sans doute, c'est ce bord inférieur du petit oblique qui aurait formé le crémaster si le testicule, en accomplissant sa descente physiologique, s'était entouré d'un crémaster ; mais il ne l'a pas accomplie, cette descente, le testicule, et c'est pour cette raison, précisément, qu'il n'y a pas de crémaster et que cela est parler d'une façon fort impropre que prétendre qu'on le résèque quand vraiment il n'existe pas.

Contre la brièveté du cordon spermatique, il n'y a rien à faire : quand, après avoir bien libéré le canal vagino-péritonéal et soustrait le cordon spermatique à toutes ses connexions, on ne parvient encore pas à faire descendre assez le testicule pour le pouvoir fixer dans le scrotum, il n'y a qu'à s'avouer vaincu — en ce qui concerne au moins l'orchidopexie scrotale — et à fixer le testicule dans la région inguinale. Je crois, du reste, que cette disposition est exceptionnelle ; assurément, j'ai toujours rencontré un cordon spermatique un peu court (il ne saurait en être autrement), mais il m'a toujours été possible de faire descendre la glande génitale au-dessous du pubis.

Voilà donc un testicule qui obéit aux tractions. Avec l'index, effondrez le tissu cellulo-fibreux qui remplit le scrotum et, de la sorte, faites un creux où vous allez maintenant loger et fixer le testicule. « Il est bien douteux qu'il soit utile, dit mon ami Broca, de poser un point de suture entre le testicule et le fond du scrotum, car le testicule ne trouve là aucun point fixe. »

C'est là, à mon avis, une erreur. Je ne dis pas que le testicule ne tende pas à remonter vers le canal inguinal et à entraîner avec lui la bourse où l'intervention du chirurgien l'a placée. Mais je crois que souvent les résultats de l'orchidopexie seraient plus satisfaisants si la fixation était mieux faite. Le scrotum n'existe, pour ainsi dire, pas du côté où la migration physiologique ne s'est pas opérée : aussi n'est-ce pas, à proprement parler, au fond du scrotum, mais bien plutôt à la peau du pubis qu'on accroche, en réalité, le testicule quand on ne prend pas la précaution que je vais vous dire et que je vous recommande de ne jamais négliger à ce compte, le testicule est dans l'aine et non dans les bourses.

Je passe au travers de l'albuginée, sur le pôle inférieur du testicule, trois ou quatre fils de soie qui percent ensuite, cela s'entend, le fond de la vaginale et qui me servent à fixer l'organe, d'une part, à la cloison des bourses et, d'autre part, à la face profonde du derme scrotal, sur le côté opposé, le plus bas et le plus loin possible, là, en somme, où est spontanément maintenu par son ligament gubernaculaire le testicule qui a fait sa migration normale. Il est entendu que le fil ne traverse pas la peau, que l'anse en reste tout intérieure et que c'est d'une suture perdue qu'il s'agit. Je vous le répète : ce procédé m'a donné trois résultats fort jolis.

Sixième temps : reconstitution de la vaginale et résection du conduit vagino-péritonéal. — Et maintenant, vous n'avez plus qu'une chose à faire. Au-dessus du testicule, appliquez une ligature autour du canal vagino-péritonéal, ou bien passez sur lui quelques points de suture perdue : vous fermerez ainsi la vaginale testiculaire qui restera désormais isolée. Réséquez alors tout ce qui reste de ce conduit vagino-péritonéal. Suturez les téguments. Et pansez.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 janvier. — Présidence de M. Monod.

Rétrécissement traumatique tardif de l'uréthre.

M. Bazy. — Je veux ajouter quelques mots à ma communication de la dernière séance, pour répondre aux objections qui ont été faites par deux membres du jury, à mon interne M. Ravanier, lorsqu'il a récemment soutenu sa thèse sur les rétrécissements traumatiques tardifs de l'urèthre membraneux.

D'une part, M. Netter a reproché à M. Ravanier d'avoir combattu cette doctrine de M. Guyon qui dit que l'on doit fendre, dans l'uréthrotomie, la paroi supérieure seule de l'urèthre pour éviter les accidents et particulièrement l'hémorrhagie. Le fait que j'ai rapporté l'autre jour ne prouve-t-il pas, comme l'a soutenu M. Ravanier, que l'on peut fendre aussi bien la paroi inférieure de l'urèthre sans aucun danger ?

D'autre part, M. Tuffier a reproché à M. Ravanier de n'avoir pas parlé, dans sa thèse, de l'uréthrostomie périnéale de Poncet. Or cette opération n'a pas paru devoir être discutée puisqu'il était inutile de signaler les moyens de dérivation de l'urine en aval du point rétréci.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du foie.

M. Tuffier. — On a particulièrement discuté, dans les séances précédentes, sur les difficultés du diagnostic des tumeurs du foie et les accidents d'hémorrhagies qui accompagnent parfois les ponctions des tumeurs hépatiques.

Au point de vue du diagnostic, je veux insister aujourd'hui sur un moyen de diagnostiquer les tumeurs cancéreuses du foie dont il n'a pas été question jusqu'ici. Ce moyen, c'est l'exploration, par le toucher, du pédicule du foie, aussitôt que l'abdomen est ouvert. Il me semble, en effet, que l'existence de ganglions étant reconnue dans ce pédicule, on a devant les yeux la signature de l'affection hépatique, et c'est d'un cancer qu'il s'agit. En voici un exemple :

J'ai opéré, autrefois, à l'hôpital Beaujon, une jeune femme de 22 ans, chez laquelle on avait fait le diagnostic d'obstacle du cholédoque. M. Gilbert assistait à l'opération. Je suis tombé sur un foie volumineux présentant une plaque grisâtre au niveau de la surface convexe. On n'a pu se prononcer, tout d'abord, sur la signification de cette plaque, et M. Gilbert lui-même, dont la compétence en pareille matière est bien connue, n'a pu me dire s'il s'agissait d'un kyste du foie ou bien d'un néoplasme. C'est alors que, portant la main sous le foie, j'ai exploré son pédicule, et reconnu l'existence de ganglions indurés qui ne pouvaient plus nous laisser de doutes sur l'existence d'un cancer hépatique. La malade est morte, deux mois après, et l'autopsie nous a montré qu'il s'agissait d'un cancer massif du foie. Je ne veux pas dire que le moyen de diagnostic que je viens de vous signaler se rencontre dans tous les cas. Il manque. par exemple, dans les adéno-épithéliomes du foie. Mais dans les cas de cancers dont on a parlé ici, les ganglions se rencontrent toujours.

Au point de vue de l'hémostase hépatique dans la chirurgie du foie, j'ai encore à vous signaler le fait pratique suivant :

Pourquoi ne pas faire ici ce que l'on fait pour le rein, c'est-à-dire la compression du pédicule et de ses vaisseaux ? J'ai fait cette compression chez le chien avec un plein succès. Elle est d'une très grande facilité. J'ai cru remarquer, d'après mes constatations cadavériques, qu'elle devait être encore plus facile à faire chez l'homme que chez le chien.

Des accidents de la gastro-entérostomie et des moyens d'y remédier.

M. Reynier. — A propos du malade. opéré par le procédé de M. Souligoux, que M. Picqué nous a présenté à la dernière séance, M. Monod, tout en rendant hommage à l'excellent procédé de M. Souligoux, est venu nous faire part d'un cas de gastro-entérostomie faite par ce procédé dans son service, cas dans lequel le malade était mort au bout de quelques jours, avec des vomissements bilieux incessants dont la raison était restée inconnue.

J'ai alors demandé à M. Monod si son malade avait été opéré par gastro-entérostomie simple ou bien si l'on avait fait la torsion de l'anse intestinale. M. Monod m'a dit que la torsion n'avait pas été faite. J'ai répondu qu'il avait bien pu se produire, dans ce cas, une dilatation du bout supérieur de l'intestin par les matières venues de l'estomac, et que la poche ainsi formée avait bien pu produire de l'occlusion intestinale. Car, en vérité, c'était bien avec des phénomènes d'occlusion intestinale que le malade de M. Monod avait paru mourir.

Je me rappelle, pour ma part, deux malades chez lesquels les faits se sont passés de la même façon. Or, l'autopsie de l'un de ces malades a montré que l'anse intestinale s'étant coudée, tous les liquides gastriques refluaient vers le bout supérieur de l'intestin et rien ne passait dans le bout inférieur qui, lui, était aplati.

Mais ne croyez pas que ce soient là des faits nouveaux. On les a signalés dès le début de la gastro-entérostomie, et Wolfler, Guinard, Chaput, Villar y ont insisté. Il s'agit donc, là, d'un accident parfaitement connu et sur lequel des explications diverses ont été données.

Les uns ont dit, par exemple, que les contractions péristaltiques de l'estomac avaient tendance à pousser les matières gastriques vers le bout supérieur de l'intestin plutôt que vers son bout inférieur. D'autres ont invoqué l'action de la pesanteur.

Quoi qu'il en soit, c'est un fait palpable, et il y a des malades, opérés par gastro-entérostomie, qui meurent au bout de peu de jours d'occlusion intestinale.

Une antre preuve de ces faits, s'il était nécessaire d'en donner d'autres, réside dans les nombrenses opérations qui ont été indiquées par les chirurgiens pour obvier à cet accident :

Wolfler, le premier, a proposé de faire la torsion de l'anse intestinale, de façon à mettre le bout inférieur dans la position du bout supérieur. Cette torsion a été ensuite préconisée par Guinard, Villar et nombre d'autres auteurs. Pour mon compte, c'est aussi la pratique que je défends, comme étant la plus simple, car tous ceux qui n'ont pas voulu faire la torsion de l'anse ont inventé des opérations beaucoup plus compliquées. Tel est, par exemple, l'abouchement du bout supérieur au bout inférieur imaginé par Chaput, tel est aussi l'abouchement du bout inférieur à l'estomac et ensuite l'abouchement du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur, à une distance plus ou moins éloignée, de façon à permettre à la bile de se rendre directement dans l'intestin sans passer par l'estomac.

Après tout ce que je viens de dire, vous ne trouverez pas étonnante ma surprise d'avoir entendu M. Quénu discuter, à la dernière séance, l'opportunité de la torsion de l'anse intestinale au cours de la gastro-entérostomie.

Je veux bien qu'il se soit rencontré quelques cas heureux où l'opération ait pleinement réussi quand bien même la torsion de l'anse intestinale n'avait pas été faite. Mais à côté des cas heureux, il y a cu des cas malbeureux. Ces faits sont évidents, indiscutables, et ce sont surtout ceux-là qui doivent nous occuper. Nous voyons, en effet, comment meurent les malades dans les cas malbeureux, et, dans les cas beureux, nous ne savons pas comment ils guérissent.

Je veux même discuter les cas heureux. Il est, en effet, possible de voir se produire une dilatation lente du bout supérieur par l'apport de matières gastriques, et, néanmoins, la guérison se produire. Mais il y a une autre raison plus valable pour dispenser des opérations complémentaires que je vous ai nommées tout à l'heure, c'est l'existence plus ou moins longue du duodénum, et, d'autre part, le fait de prendre l'intestin loin et non près du duodénum. Il est possible donc d'expliquer aussi pourquoi les accidents ne se sont pas produits dans les cas beureux. Ajoutez à cela que quelques chirurgiens ont bien pu faire la torsion de l'anse intestinale sans le savoir.

En définitive, pour remédier aux accidents de la gastro-entérostomie, je ne discuterai pas toutes les opérations qui ont été proposées, elles sont trop longues et trop complexes pour que le malade puisse les supporter avec succès. Mais je me contente, je le répète, de pratiquer la torsion de l'anse intestinale, qui est simple et facile, comme le font avec moi Guinard, Villar, Chaput, etc.

La seule objection que l'on puisse faire à cette pratique, c'est l'obligation pour la bile de venir passer dans l'estomac pour aller ensuite dans l'intestin. Nous savons toutefois, d'après les faits de Dastre, Terrier (cholécysto-gastrostomie), que la bile n'occasionne aucun trouble au niveau de la muqueuse gastrique.

Ainsi donc, la torsion de l'anse intestinale doit être faite au conrs de la gastrostomie et cette assertion, basée sur une argumentation que je crois suffisante, avait quelques raisons d'être faite mercredi dernier pour répondre au cas signalé par M. Monod.

M. Quénu. — Je n'ai pas discuté sur le fait de savoir si M. Reynier avait eu tort ou raison de faire à M. Monod la question qu'il lui a faite. Je n'ai pas discuté davantage sur la valeur de la torsion de l'anse intestinale dans la gastro-entérostomie. Mais j'ai simplement dit que je n'avais encore jamais pratiqué la torsion de l'anse intestinale et que cependant jamais je n'avais été témoin des accidents dont nous a parlé M. Reynier.

M. Chaput. — Les vomissements qui accompagnent la gastro-entérostomie ont bien pour cause la condure, puis l'éperon formé par l'anse intestinale anastomosée et c'est bien d'occlusion intestinale que meurent alors les malades. Cet éperon doit tenir à ce que le mésentère est trop court, soit congénitalement, soit parce qu'on a pris l'intestin trop près du duodénum.

Pour remédier à cet éperon, plusieurs moyens ont été proposés. On a voulu d'abord horizontaliser l'anse intestinale. Moi-même j'ai cru devoir établir une entéro-anastomose au-dessous de la gastro-entérostomie. Mais j'ai abandonné, aujourd'hui, ce procédé, et je ne pratique maintenant que la torsion de l'anse intestinale.

M. Ricard. — J'ai à vous signaler, à l'appui de la thèse soutenue par M. Reynier, le fait suivant qui a toute la valeur d'une expérimentation :

J'ai opéré, à Necker, pour sténose du pylore, une malade qui avait en réalité un cancer du pylore. J'ai fait la gastro-entérostomie sans tordre l'anse intestinale. Cette malade avait, avant d'être opérée, les vomissements habituels du cancer du pylore. Une fois opérée, elle cessa de vomir son manger, mais à la place elle eut des vomissements bilieux incoercibles et très abondants. Devant cet état de cboses je fis, dix jours plus tard, une nouvelle ouverture du ventre. Je vis alors ce que M. Reynier nous a montré tout à l'heure, c'est-à-dire une distension considérable de la partie de l'anse qui allait vers le duodénum et une atrophie du bout inférieur de l'intestin. La preuve de ce fait a été démontrée par le soin que j'ai pris alors d'unir le duodénum au jéjnnum. A partir de ce jour, en effet, la malade n'a plus eu de vomissements. Il s'agissait donc bien de la distension du duodénum par les matières alimentaires. La malade a survécu dix-huit mois, et j'ai pu vérifier à son autopsie les faits que m'avait déjà révélés ma seconde intervention.

Chirurgie du poumon.

M. Bazy. — Vous vous souvenez qu'au mois de novembre 1895, MM. Tuffier et Quénu ont soutenu l'impossibilité d'ouvrir, sans danger, la plèvre pariétale dans le but d'ex-

plorer le poumon. M. Tuffier, à cette époque, et après lui M. Quénu, ont par contre vanté la facilité d'explorer la superficie du poumon, à travers la plèvre pariétale simplement décollée.

Or, dans les récents comptes rendus qu'ils ont donnés de leurs expériences, à la Société de biologie, MM. Quénu et Longuet d'une part, M. Tuffier d'autre part, s'ingénient maintenant, à ouvrir la plèvre pour explorer le poumon, et semblent condamner ainsi, d'eux-mêmes, leurs anciennes démonstrations.

Après nous avoir dit (*Presse médicale* du 16 novembre 1895) que le décollement pleuro-pariétal de la plèvre était d'une supériorité incontestable, M. Tuffier admet plus récemment que, dans certains cas, ce décollement peut être inefficace.

N'est-ce pas là une contradiction? Si cette exploration du poumon par le décollement pleuro-pariétal de la plèvre était suffisante, il n'eût pas été nécessaire à M. Quénu d'avoir recours au scapbandre, ni à M. Tuffier d'avoir recours au bocal à pression.

Je laisse donc à chacun de ces deux auteurs ce qui résulte, en vérité, de leurs expériences, et je veux simplement vous montrer aujourd'hui qu'on peut s'en passer.

J'ai, en effet, tout d'abord, recours au témoignage de M. Terrier. Dans son cours à la Faculté, M. Terrier a dit, à propos de la pneumotomie, qu'il avait vu faire le décollement de la plèvre pariétale par M. Tuffier lui-même, et que la plèvre s'était déchirée.

D'autre part, au dernier Congrès français de chirurgie, M. Mauny (de Saintes) a rapporté une observation de néphrectomie au cours de laquelle le cul-de-sac inférieur de la plèvre avait été ouvert et suturé au catgut sans autre incident. J'ai tenu à demander à M. Mauny lui-même son impression à ce sujet. Il m'a dit qu'il avait constaté *de visu* l'ouverture de la plèvre, qu'on avait entendu le sifflement produit par la rentrée de l'air dans la cavité pleurale et que les suites opératoires n'avaient rien présenté d'anormal à ce point de vue.

Au même Congrès français de chirurgie, il a été communiqué par M. Tuffier une observation de kyste hydatique pour lequel, la plèvre ayant été ouverte, de l'air avait pénétré en quantité notable et provoqué, avec l'accélération du pouls, de l'anxiété respiratoire; néanmoins, M. Tuffier n'a pas eu la moindre émotion et son opération s'est parfaitement terminée.

Il va sans dire que je compte cette dernière observation comme probante pour la thèse que je soutiens depuis longtemps déjà, c'est-à-dire *l'innocuité de l'incision de la plèvre dans l'exploration du poumon*. M. Tuffier rentre donc, de ce fait, dans mon camp, et M. Quénu reste seul à défendre le sien.

Je terminerai en vous donnant des nouvelles de la malade dont je vous ai présenté un fragment de poumon sphacélé, à la dernière séance. Elle va aussi bien que possible.

Abcès cérébral. — Trépanation.

M. Reynier. — Chez un malade, atteint d'otite moyenne, et qui présentait les signes d'un abcès cérébral avec de l'aphasie, j'ai fait la trépanation au lieu d'élection indiqué par M. Poirier.

J'ai ponctionné le cerveau, à l'endroit de la trépanation, sans rien trouver. J'ai alors ponctionné obliquement en dirigeant mon troquart en arrière, il est alors sorti du pus. J'ai agrandi ma couronne de trépan, ouvert le cerveau avec le thermo-cautère, et je suis tombé dans un vaste abcès cérébral que j'ai vidé et drainé. La température du malade a ensuite baissé, et l'aphasie a disparu. Il est mort 6 jours après l'opération. A l'autopsie, on a trouvé la vaste cavité de l'abcès dans le lobe temporo-sphénoïdal, de la phlébite du sinus, et des abcès métastatiques du poumon, du mésentère, du foie, montrant bien que le malade était uniquement mort d'infection purulente.

J'attire l'attention sur l'aphasie présentée par le malade. C'est la seconde fois que je note le fait d'une aphasie sans lésion du centre même de l'aphasie. Il faut admettre donc que cette aphasie était le résultat de la compression exercée par l'abcès.

Je note, en outre, que la cavité de l'abcès était située en arrière du point d'élection indiqué par M. Poirier.

Il vaudrait peut-être mieux, pour tomber exactement dans l'abcès, trépaner à la manière de Bergmann en portant le trépan à cheval sur cette portion du pariétal qui est encadrée par le temporal et l'occipital. Cependant, M. Poirier a raison d'objecter à ce procédé de ne pas tenir un assez grand compte de la présence du sinus latéral.

M. Lucas-Championnière. — A l'exemple de M. Reynier, j'ai soutenu depuis longtemps cette thèse que les localisations cérébrales étaient loin de correspondre toujours aux indications fournies par la clinique. La compression à distance joue le plus souvent un grand rôle et cause des erreurs chez les opérateurs non prévenus.

M. Brun. — Le fait que vient de nous rapporter M. Reynier est classique. C'est d'habitude dans le lobe temporo-sphénoïdal que siègent les abcès d'origine otique et l'on a déjà signalé des aphasies dans ces conditions. Au point de vue de la thérapeutique, je crois qu'il vaut mieux attaquer d'abord la mastoïde, puis l'oreille moyenne dont on effondre enfin la paroi supérieure. C'est donc par la voie pétro-mastoïdienne qu'il convient, à mon avis, d'aller ouvrir les abcès cérébraux.

M. Reynier. — J'admets les observations de M. Brun, mais je lui répondrai qu'il est plus aisé de faire de la théorie que de la pratique.

Je suis allé à la recherche du pus, dans un cas qui ne me semblait pas très sûr, par la voie la plus directe, c'est-à-dire par la trépanation externe. J'ai ainsi voulu éviter le facial et l'oreille moyenne que j'aurais pu léser inutilement.

M. Broca. — M. Reynier a abordé l'abcès par la face

externe au lieu de l'aborder par la face inférieure de l'encéphale. L'abcès, plus superficiellement placé, aurait été plus vite atteint par cette dernière voie.

M. Reynier. — Je réponds à M. Broca que l'abcès, même au niveau de la face inférieure du cerveau, était encore séparé de sa surface par une épaisseur d'un centimètre.

Présentation de pièces.

M. Gérard-Marchant présente les pièces d'un malade mort de péritonite par perforation. Ce malade a été opéré quarante-huit heures après le début des accidents. M. Gérard-Marchant n'a pu trouver nulle part de perforation au cours de son opération.

A l'autopsie, on a vu des abcès aréolaires du foie dans la portion postérieure du lobe gauche, où ils étaient inaccessibles. Il n'était donc pas possible de sauver ce malade. Néanmoins, ce fait montre qu'il faut toujours songer à tous les viscères dans les cas de péritonite par perforation et avoir soin de tous les examiner dans la mesure du possible.

Présentation de malade.

M. Félizet présente un malade chez lequel les rayons de Rœntgen ont montré l'existence d'un fragment de verre dans les tissus.

Le verre, donc, arrête les rayons X. Ce pouvoir est, d'ailleurs, utilisé par les fabricants de diamant, dans le but de savoir si le diamant n'a pas été fraudé avec du verre.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNÉRALE

L'hématocatharsise dans les pyélites et les hémorrhagies.

M. Pierre Delbet (*Presse Médicale*, n° 2, p. 8, 1897) publie l'observation d'un malade, atteint de pyélo-néphrite ascendante consécutive à un rétrécissement de l'urèthre d'origine blennorrhagique. Chez son malade, M. Pierre Delbet a eu l'idée d'utiliser les grandes injections salines intra-veineuses. On sait, en effet, que l'hématocatharsise constitue, actuellement, l'un des meilleurs moyens que nous ayons pour lutter contre les grandes infections. Donc, à ce point de vue déjà, M. Pierre Delbet a pensé que l'hématocatharsise pouvait agir contre l'élément infectieux de la pyélo-néphrite. Mais M. Delbet a aussi pensé que l'injection saline intra-veineuse pourrait former une action bienfaisante sur la pyélite elle-même. Il s'est basé, pour cela, sur ce fait que de grandes débâcles, soit intestinales, soit plus souvent urinaires, accompagnant d'habitude les injections salines, l'hématocatharsise pourrait agir efficacement par la polyurie qu'elle détermine, à la manière d'un véritable lavage.

Les résultats obtenus par M. Delbet ont confirmé ses prévisions. Mais M. Delbet ne peut dire quelle a été, exactement, l'action de l'injection saline.

Y a-t-il eu lavage local comme il l'avait d'abord pensé ? Y a-t-il eu débâcle rénale ? Il ne le sait pas, les urines de son malade n'ayant pu être recueillies entièrement dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'injection.

Ce qu'il y a de certain, c'est que l'hématocatharsise a produit, dans un cas de pyélo-néphrite grave, une action incontestable et que cette action a été favorable.

Y a-t-il des contre-indications à ce genre de thérapeutique ? M. Delbet, qui a considéré autrefois le rein comme devant être sain pour permettre cette méthode, pense aujourd'hui qu'il n'y a plus lieu de donner une telle importance au bon état de cet organe. Le cœur doit, en cela, être plus surveillé que le rein. Si le cœur est fortement touché par l'infection et le pouls radial à peine perceptible, mieux vaut s'abstenir, sous peine d'obliger ce viscère à succomber sous l'influence d'une pression sanguine trop élevée. M. Delbet conseille alors d'avoir d'abord recours aux injections salines dans le tissu cellulaire sous-cutané, où l'absorption du liquide se fait plus lentement et où le cœur n'est plus pareillement menacé.

M. Delbet a aussi étudié l'action des injections salines intra-veineuses dans les grandes hémorrhagies. Se basant sur les expériences faites par M. Hayem où il est démontré que la transfusion du sang est moins active que les injections salines, pour augmenter la plasticité du sang, M. Delbet, dans des saignées faites sur des chiens, et accompagnées d'injections salines, est arrivé à rendre le sang tellement *plastique* « qu'il se coagulait presque instantanément au sortir du vaisseau ».

Ainsi donc, M. Delbet pense que les injections salines intra-vasculaires peuvent être employées comme moyen hémostatique dans les hémorrhagies en train de se faire. Il pense, de plus, qu'on peut les employer comme moyen préventif dans certains cas, tels que, par exemple, certains purpuras rebelles, l'hémophilie ou bien dans les cas d'opérations où le malade est destiné à perdre une quantité considérable de sang (résection du maxillaire supérieur).

M. Delbet se pose, enfin, une dernière question, celle de savoir si l'action hémostatique de l'injection saline n'est pas due au sulfate de soude seul, ainsi que tendraient à le démontrer la communication faite par J. Reverdin au dernier Congrès français de chirurgie, et aussi le taux élevé de l'injection saline employée par M. Delbet dans ses expériences (7 gr. de sulfate de soude par litre). S'il en était ainsi, il suffirait d'administrer le sulfate de soude par la voie stomacale, dans tous les cas où il n'y aurait pas à lutter contre l'anémie.

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Sécrétion interne de l'ovaire.

Curatulo *(Annali di Obstetricia et Ginecologia*, n° 10. p. 737), qui consacre à cette question un très long et très complet travail, arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° L'ablation des ovaires exerce une influence considérable sur le métabolisme organique.

2° La quantité des phosphates éliminés par les urines est notablement diminuée après la castration. En effet. cette diminution n'est due ni à l'élimination, qui reste la même avant et après l'opération, ni à la diminution du pouvoir absorbant de l'intestin, car les conditions dans lesquelles se trouve le tuhe gastro-intestinal sont les mêmes après et avant la castration.

3° La courhe de l'azote. après l'ovariotomie, déterminée soit d'après la méthode de Kjeldahl, soit d'après celle d'Yvon, présente une légère oscillation, sans tendance hien nette à l'élévation ou à l'ahaissement.

4° Après la castration, la quantité de l'acide carbonique éliminé par la respiration et celle de l'oxygène absorhé diminuent considérablement jusqu'à une certaine limite, à partir de laquelle elles restent stationnaires.

5° Chez les animaux castrés, la courhe du poids s'élève progressivement jusqu'à atteindre des proportions considérables, cinq à six mois après l'opération.

6° Lorsqu'on fait des injections sous-cutanées de suc ovarique à une certaine dose à des chiennes castrées, la quantité des phosphates éliminés par les urines. qui avait diminué considérahlement après l'opération, tend à augmenter et à devenir même supérieure à celle qu'on avait constatée avant l'opération ; lorsqu'on pratique des injections à des doses encore plus fortes, la quantité des phosphates augmente d'une façon tout à fait notahle. Cette augmentation n'est pas proportionnelle à la quantité des phosphates contenus dans le suc ovarique injecté.

L'hystérectomie, faite conjointement avec l'ovariotomie, ne paraît pas déterminer des modifications autres que celles qu'on constate après une castration simple.

L'auteur termine son travail en formulant la théorie suivante :

« Les ovaires, comme les autres glandes de l'économie animale, ont, suivant la doctrine générale de Brown-Séquard, une sécrétion interne spéciale. Ces glandes déversent continuellement dans le sang un produit particulier dont la composition chimique est complètement ignorée et dont les propriétés essentielles consistent à favoriser l'oxydation des suhstances organiques phosphorées, des hydrates de carhone et des graisses.

» Il en résulte que, lorsque la fonction des ovaires n'existe pas, soit parce qu'on a pratiqué une ovatoriotomie, soit parce que ces organes ne fonctionnent pas, comme cela arrive avant la puherté et à l'époque de la ménopause. il doit se produire, d'un côté, une rétention plus considérable de phosphore organique, d'où accumulation plus grande des sels calcaires dans les os, et, d'un autre côté, l'engraissement très manifeste qu'on note ordinairement après la castration ou après la ménopause. »

Traitement des suppurations pelviennes.

MM. Duplay et Clado *(Semaine Gynécol.*, n° 1, 1897, p. 1) ont publié un mémoire dans lequel ils ont spécialement en vue le traitement des suppurations pelviennes aiguës. Ils divisent ces suppurations en deux grandes classes :

a) Les annexites hilatérales ; *b)* les pelvi-cellulites ou pelvi-péritonites suppurées avec annexes impropres à la fécondation.

Dans les deux sortes de cas, ces deux auteurs pensent que le traitement par l'incision vaginale et la temporisation ne présentent que des dangers. De plus, la seconde place les malades dans de mauvaises conditions générales et locales au point de vue d'une intervention ultérieure. La première donne des résultats immédiats satisfaisants mais non définitifs. On ne doit la considérer que comme une opération insuffisante et simplement palliative.

C'est pour ces motifs que MM. Duplay et Clado estiment que le traitement des suppurations pelviennes aiguës, fébriles doit consister dans une opération radicale, l'*hystérectomie vaginale*, pour laquelle ils résument dans les différents temps suivants la conduite que doit suivre le chirurgien, en prenant par exemple pour type un cas complexe de salpingite suppurée douhle, avec collection dans le cul-de-sac de Douglas.

1° Incision circulaire des culs-de-sac autour du col.

2° Décollement du cul-de-sac postérieur dans une petite étendue, jusqu'à la collection purulente exclusivement. Décollement complet en avant jusqu'au cul-de-sac péritonéal vésico-utérin qui est effondré séance tenante.

3° Après pincement des artères utérines, résection du col utérin aussi haut que possible.

4° Section médiane de l'utérus et sa fragmentation pratiquée avec des ciseaux, successivement à droite et à gauche, y compris celle de la hase de l'organe.

5° Tamponnement de la cavité abdominale.

6° Extirpation des annexes ou hien ouverture des cavités purulentes si l'on ne peut les extirper en entier.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Traitement des cystites tuberculeuses.

Dans nne clinique récente, **M. Guyon** *(Bull. Méd.*, n° 4, p. 33, 1897) a fait une revue d'ensemble sur le traitement des cystites tuherculeuses dans laquelle il a insisté sur le traitement général qu'il faut tout d'ahord donner aux malades, puis sur l'emploi des topiques dont il faut user le plus tôt possible. Il a donné ensuite les résultats de la statistique de ses opérations personnelles, taille hypogastrique et drainage périnéal avec ou sans curettage de la vessie. Il a enfin terminé ainsi :

La tuherculose de l'appareil urinaire que nous ohservons

si communément, et dont je n'ai voulu aujourd'hui envisager que la forme vésicale, est modifiable ou même guérissable. De même que toutes les tuberculoses, elle est, avant tout et surtout, justifiable du traitement général; mais, comme beaucoup de tuberculoses localisées, elle peut être, dans certaines conditions, avantageusement soumise au traitement chirurgical. Ici, il est applicable sous deux formes : par les topiques « modificateurs » portés dans la vessie, et par les opérations. Celles-ci ne nous sont venues efficacement en aide que pour combattre les grandes manifestations douloureuses. Elles nous ont été de grande utilité, mais ne sont qu'exceptionnellement indiquées et, d'ordinaire, à une période assez avancée de la maladie. Le traitement topique, uni au traitement général, convient, au contraire, à toutes ses périodes. On ne saurait l'employer trop tôt. Il y a toujours avantage à ne pas différer l'emploi des topiques, mais à la condition expresse de les utiliser suivant des règles précises. Nombre de malades en pourront alors très heureusement bénéficier. Le traitement topique doit être de longue durée. Le traitement général sera très prolongé et jamais complètement abandonné.

Inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle.

Ce nouveau procédé de cure radicale de l'hydrocèle a été mis en honneur par Vautrin (de Nancy), Doyen (de Reims), Jaboulay et Bérard (de Lyon). Voici les différents temps opératoires suivis par Jaboulay :

1° Incision longitudinale du scrotum aussi étendue que dans la cure radicale ordinaire.

2° Décortication du feuillet fibro-vaginal et de son contenu, comme si l'on voulait pratiquer une castration.

3° Incision dans toute sa hauteur de la vaginale décortiquée, évacuation du liquide et retournement de cette enveloppe autour de la partie inférieure du cordon et de l'épididyme. Fixation dans la nouvelle position par une suture lâche et peu étendue au catgut.

4° Réintégration des organes dans la poche scrotale, sutures cutanées, à la soie ou au fil métallique. Drainage à volonté.

On peut opérer ainsi les hydrocèles congénitales.

M. Barral, dans la thèse qu'il a soutenue sur ce sujet (Th. Lyon, 1896), a publié onze observations probantes. Il déclare toutefois que l'emploi de l'injection iodée doit être conservée dans les cas simples. A l'inversion de la vaginale appartiennent, au contraire, les cas d'hydrocèles congénitales avec ou sans hernie concomitante, d'hydrocèle à parois épaisses avec tendance à la transformation en hématocèle, enfin les cas de récidives après l'emploi d'autres méthodes.

Diagnostic et traitement de l'urèthrite blennorrhagique.

M. Paquet (*Nord Médical*, 15 janvier 1897, p. 16) donne le traitement de l'urétbrite aiguë blennorrhagique. Pendant la période subaiguë, il faut instituer un traitement antiphlogistique (tisanes émollientes et suppression de bière, café, vin pur, alcool, mets épicés et coït). Y joindre de grands bains avec de l'antisepsie intestinale. M. Janet proscrit alors le bicarbonate de soude, parce qu'il favoriserait l'infection vésicale. Néanmoins il procure de grands soulagements aux malades en diminuant la douleur des mictions. Enfin le malade, pour tout traitement local, prendra des bains de sublimé à 1 pour 3 ou 4,000, et il portera un suspensoir.

A la période subaiguë, il faut employer les injections et les balsamiques. C'est le moment où les lavages au permanganate de potasse donnent leur maximum d'action. Le lavage se fait avec la solution à 1 pour 4,000. Cette solution doit être tiède. Le malade commence par uriner, puis il se couche. On commence par laver ensuite le méat et la fosse naviculaire sous une pression faible de 0.50 cent. au-dessus du niveau du lit. Puis on élève la pression à 0.75 cent. ; les lèvres du méat sont appliquées contre les parois de la canule, on laisse le liquide pénétrer dans l'urèthre antérieur seulement. Puis on élève la pression à 90 cent. ou 1 m., et l'on essaie de faire pénétrer le liquide dans l'urèthre postérieur, au delà de la région membraneuse, qu'il est quelquefois difficile de franchir. Et le malade vide ensuite le contenu de sa vessie. On continue ainsi jusqu'à l'épuisement du litre de liquide.

Quelque douloureux que soient les phénomènes ressentis par le malade, il faut continuer ce traitement, en faisant un lavage toutes les 24 heures, et augmentant progressivement le titre de la solution jusqu'à 1 pour 1,000, si l'écoulement ne tend pas à disparaître après les 5 ou 6 premiers lavages.

Quand et comment saura-t-on que l'uréthrite est guérie ?

On peut soumettre le malade à l'épreuve dite « de la bire ». Il est plus médical de procéder par injection de nitrate d'argent dans l'urèthre et d'examiner bactériologiquement le pus qui sortira les jours suivants. Si ce pus ne contient pas de gonocoques, le malade sera guéri.

Cathétérisme modificateur.

M. Guyon (*Presse Médicale*, n° 4, p. 17, 1897) étudie l'action du cathétérisme modificateur et arrive aux conclusions suivantes :

Les effets de la dilatation d'un urèthre rétréci traité par le cathétérisme sont obtenus d'une façon d'autant plus sûre que l'on a fait un usage moins mécanique des instruments. Pour opérer la dilatation il faut user, dans la mesure nécessaire, du *contact* des instruments, mais n'avoir jamais recours à la force ni à la pression. Tout prouve, en effet, que le simple contact des instruments, une action purement physique sagement limitée, détermine dans le tissu du rétrécissement des modifications que l'étude de la physiologie pathologique de l'inflammation nous aide à comprendre. Les modifications apportées à

l'urèthre pathologique par le contact répété des instruments sont expliquées par les modifications apportées à l'irritation de ses parois. Il ne faut donc pas faire usage de la force dans le cathétérisme, parce que l'on sait, non seulement qu'elle est inutile et dangereuse, mais aussi parce que l'on sait qu'il ne faut pas dépasser la dose qui substitue à une action physiologique régulière des phénomènes pathologiques dont nous ne pouvons calculer les effets.

Si donc, on ne peut obtenir, néanmoins, malgré la mise en œuvre de toutes les ressources modificatrices du contact, un résultat satisfaisant, c'est alors seulement qu'il faudra employer des manœuvres violentes (la divulsion) ou mieux avoir recours à l'*uréthrotomie.*

CHIRURGIE DES OS

Fracture de la colonne vertébrale.

M. Puttemans a traité une fracture de la colonne lombaire par la ligature des apophyses épineuses et des apophyses transverses avec de gros fils d'argent. Son malade est mort sept jours plus tard de méningite rachidienne et d'encépbalique. Les ligatures apophysaires dans les fractures à grand déplacement n'en constituent pas moins un auxiliaire puissant de l'orthopédie. (Soc. belge de Chirurgie, séances des 28 novembre et 28 décembre 1896., *Gaz. hebd. de Chir.*, n° 4, p. 45, 1897).

Essais de suture osseuse ilio-trochantérienne après la résection de la hanche pour favoriser l'ankylose rapide.

M. Cornet (*Province Méd.* n° 3, 1897, p. 25) donne une statistique de cinq cas de résection de la hanche où l'on a pratiqué la suture trochantério-iliaque.

Il attire spécialement l'attention sur les deux points suivants qui sont les principaux éléments de cette opération : il faut fixer le trochanter au fémur par des fils métalliques, il faut que les pansements post-opératoires soient aussi rares que possible. On ne saurait dire que l'on obtient dans ces conditions une véritable ankylose osseuse. En tous cas, la modification opératoire en question, n'aurait-elle pour effet que de favoriser une *ankylose fibreuse très serrée* de la hanche, que ce serait pratiquement encore une excellente solution rare et difficile à réaliser après les recherches ordinaires. Autre point : il se produit au niveau de la hanche un tassement de la région et un aplatissement rapide qui favorisent l'occlusion des foyers de suppuration.

Traitement des fractures.

Gaccia (*Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n° 152, p. 1603, 1896) se rapprochant des opinions émises par M. Lucas-Championnière, conseille l'emploi du massage et de la mobilisation dans le traitement des fractures, surtout lorsque celles-ci sont proches des articulations. On évite ainsi les ankyloses, du moins les raideurs articulaires. Cette méthode fait disparaître rapidement la douleur du membre, la guérison s'obtient plus rapide et plus complète. Enfin et surtout, si elle ne guérit pas plus vite, elle guérit mieux car, par elle, sont évitées les raideurs toujours graves du niveau des jointures.

M. Haudek (*Bulletin Médical*, p. 51, n° 5, 1897) a présenté, le 8 janvier, à la Société império-royale des médecins de Vienne, un enfant dont l'observation démontre la possibilité d'éviter aux malades atteints de fractures du membre inférieur un long séjour au lit et les avantages de la méthode dite ambulatoire.

Un jeune garçon s'était fracturé la cuisse au niveau du tiers moyen, le 17 décembre 1896. Le 26 du même mois, M. Haudek lui appliqua un appareil amidonné, par-dessus lequel il plaça des attelles en forme de gouttière faites en plâtre ; puis il permit au malade d'aller et venir. Le 3 janvier, il y avait déjà consolidation sans aucun raccourcissement.

HOPITAUX DE PARIS

Nomination des internes titulaires.

Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite.

Ce sont MM. :

1. Lereboullet, Lenormant, Rudaux, Pédeprade, Tournemelle, Morély, Emile Weil, Clerc, Leven, Georges Labey, Oppenheim, Couvelaire, Fresson, Larrieu, Jousset, Bacaloglu, Masbrenier, Maurice Guillot, Guilbaud, Monthus.

21. Zadok, Hivet, Delestre, Iselin, d'Herbécourt, Rastouil, Minet, Celos, Adrien Mauger, Sauvage, Cabocbe, Nattan, Cochemé, Guéry, de Font-Réaulx, Charles Michaut, Pelisse, Noel Mauger, Gabriel Sicard, Georges Michaux.

41. Zimmern, Malartic, Dévé, Ravaut, Barbarin, Henry Bernard, Hauser, Fossard, Tissot, Chalochet, Bluysen, Froussard, Jacomet, Jalaguier, Armand Bernard, Loewy, Schwartz, Clermont, Bufnoir, Mesnard.

Nomination des internes provisoires.

Voici, classés par ordre de mérite, les noms des candidats nommés internes provisoires,

Ce sont MM. :

1. Lenglet, Jules Lévy, Talandier, Janot, Hercher, Stanculéanu, André, Desjardins, Sikora, Chifoliau, Prat, Albert Poulain, Leroy-des-Barres, Jean Petit, Loubet, Armand Degorce, Tardif, Guéniot, Henri Bourgeois, Marcel Roux.

21. Pagniez, Louis Moret, Deroyer, Rellay, Tesson, Elias, Benjamen Weil, Dardel, Lustgarten, Legay, Arnal, Monsseaux, Jean Ferrand, Chevrey, Chauveau, Esmonet, Lamouroux, Georges Weil, Laubry, Godineau.

41. Nollet, Henri Voisin, Zamfiresco, Nicaise, Lagrange, Fernique, Raoul Labbé, Le Meignen, Bonnel, Daniel, Géraudel, Silhol, Léo, Croisier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Election d'un membre titulaire.

Votants : 75. — Majorité : 38.

MM. Delorme .... 70 voix. (Elu.)
Kirmisson .... 2 —
Richelot .... 2 —
Bulletin blanc .... 1 —

Liste de présentation des candidats à la place de membre titulaire.

En première ligne : M. Farabeuf ; *en deuxième ligne, ex æquo et par ordre alphabétique* : MM. Hénocque, Poirier, Remy, Retterer et Reynier.

NOTES POUR L'INTERNAT

RAPPORTS DU REIN (1)

(*Suite.*)

D. Topographie repérée.

Il importe, maintenant, de repérer exactement la situation en laquelle l'appareil de suspension qui vient d'être décrit maintient le rein, ce qui équivaut à étudier rapports du rein avec le squelette.

1° Avec les vertèbres.

Rein couché de chaque côté du rachis, au droit des dernières dorsales et des premières lombaires. Il parcourt environ quatre vertèbres : la 12° D, la 1re L, la 2° L tout entières, et deux demi-vertèbres : la moitié inférieure de la 11° D et la moitié supérieure de la 3° L. A trois centimètres environ par vertèbre, cela fait au rein longueur de douze centimètres environ. Mais ces rapports avec vertèbres sont un peu variables, ce qui tient à ceci : il y a des reins courts et des reins allongés ; plus ils sont longs plus ils remontent haut, car il y a un rapport invariable que voici : extrémité inférieure du rein répond *toujours* au costoïde de la 3° L. Rein droit descend un petit peu plus bas : pour ne pas oublier ce détail, se rappeler qu'à droite foie pèse, au-dessus du rein, plus que rate à gauche.

Par rapport à crête épineuse, voici distances :

1° *Pour bord externe* : en haut, huit centimètres ; au milieu, huit centimètres trois quarts ; en bas, neuf centimètres et demi.

2° *Pour bord interne* : en haut, deux centimètres et demi ; au milieu, trois centimètres un quart ; en bas, quatre centimètres.

Par rapport à crête des costoïdes, on peut dire, ceux-ci étant, au maximum, éloignés de la crête épineuse par distance de quatre centimètres et demi, que : bord externe du rein est toujours en dehors du sommet des costoïdes et que, suivant qu'on considère le haut, le milieu ou le bas du bord interne, celui-ci est, soit en dedans, soit au niveau du sommet des costoïdes, mais jamais en dehors.

2° Avec crête iliaque.

Crête iliaque correspondant à peu près au bord inférieur de 4° L, il y a. entre crête iliaque et le troisième costoïde (qui répond à extrémité inférieure du rein), un peu plus d'une vertèbre et demie : soit cinq centimètres environ.

3° Avec les côtes.

Rein est en rapport avec XI° et XII° Co, mais ces connexions varient pour deux ordres de raisons :

A. Pour des raisons de conformation osseuse :

C'est ainsi que rapports avec XI° Co sont fixes, parce que cette XI° Co a une disposition à peu près invariable, mais que rapports avec XII° Co sont très variables, parce que cette XII° Co présente longueur et direction très différentes suivant sujets.

a) Avec XI° Co : Rein logé dans angle formé par rencontre de XI° Co et de XI° D, venant à fleur du bord supérieur de cette XI° Co, sous face intérieure de laquelle il se cache.

b) Avec XII° Co : Celle-ci offre trois types : courte (4 centimètres environ), moyenne (9 centimètres environ), longue (13 centimètres environ). De là naissent connexions variables avec rein. 1° Si elle est courte ; elle est large, plate, sans courbure, horizontale, droite comme une costoïde, elle est seulement en rapport dans le sens vertical avec extrémité supérieure du rein, dont elle n'atteint pas, dans le sens transversal, bord externe (rein parfaitement accessible au chirurgien, car il déborde plan costal en bas par les 2/3 de son étendue). 2° Si elle est moyenne : elle devient oblique, se met en rapport, dans le sens vertical, avec le milieu de la face postérieure et, dans le sens transversal, atteint le bord externe du rein (rein commence à se dérober au chirurgien). 3° Si elle est longue, elle descend très obliquement, parallèle à XI° Co, fait la traversée de la face postérieure du rein, dont elle recouvre, à un moment donné, dans le sens vertical, plus de la moitié de la face postérieure, et dont elle dépasse, dans le sens transversal, le bord externe (rein devient d'un abord difficile pour la main de l'opérateur).

B. Pour des raisons de conformation rénale :

Il y a des reins allongés et minces, et au contraire des reins ramassés et épais. Les premiers, qui ont diamètre vertical beaucoup plus étendu que diamètre transversal, se cachent sous les deux dernières côtes. Les seconds, qui ont un diamètre vertical presque égal au diamètre transversal, tendent à se dégager de la face profonde des côtes (1).

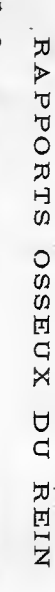
(*A suivre.*)

(1) Notes prises par un étudiant au cours de M. Pierre Sebileau.

(1) Tous ces rapports ont été très exactement fixés par mon maître Farabeuf et mon ami Récamier. Tout le monde connaît la remarquable thèse de celui-ci illustrée par M. Farabeuf de précieux dessins que l'un et l'autre nous ont permis de reproduire. Nous ne saurions trop les remercier. P. S.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.



XIIe Côte longue.

XIIe Côte courte.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'association de l'acide chromique à l'acide arsénieux dans le traitement des cancroïdes de la peau.

Par le docteur Kuhn (d'Elbeuf).

Dans un article publié en 1869 dans la *Gazette Médicale de Paris* (voir n° 44), nous avons établi que l'acide arsénieux n'a aucune action sur la peau dans son état d'intégrité, et que, par conséquent, l'expression de caustiques employée pour désigner les poudres arséniales est impropre et ne saurait donner une juste idée de l'action de ces derniers. Il en résulte, en outre, que si l'on veut employer un composé arsenical dans les cancers non ulcérés, il conviendra de détruire au préalable la masse dermo-hypodermique qui les recouvre.

Deux méthodes s'offrent au choix du chirurgien : la méthode par l'instrument tranchant et la méthode par cautérisation.

Sédillot, qui avait recours au premier de ces procédés, attendait, pour recourir à l'emploi de l'arsenic, que la suppuration fût établie, de crainte qu'une absorption trop rapide ne donnât lieu à des symptômes d'empoisonnement. Il n'en est pas de même des caustiques; et, soit que l'on se serve de l'ammoniaque comme Notta, de la potasse caustique ou de la poudre de Vienne, comme nous avons l'habitude de le faire, l'application de la pâte arsenicale peut suivre immédiatement l'emploi du caustique préalablement enlevé.

Pour former, soit avec le caustique du frère Cosme, soit avec celui de Dubois, une pâte bien homogène, nous nous servons de farine et d'eau, puis, pour que celle-ci ne fuse pas, nous la recouvrons de papier de soie. Nous laissons l'escharre tomber d'elle-même.

A l'exemple du professeur F. Hue (de Rouen), certains chirurgiens remplacent la farine par de la poudre de talc. Quoique ce dernier renferme de la magnésie, et que cette dernière soit un des contrepoisons de l'acide arsénieux, elle ne le neutralise en rien, la magnésie se trouvant dans le talc à l'état de silicate et non à l'état de base.

La poudre de Vienne étant rarement employée de nos jours, les pharmaciens n'apportent pas tous dans sa préparation les soins qu'elle demande. Aussi l'avons-nous remplacée par une substance stable, qui ne s'altère pas à l'air comme le caustique alcalino-calcaire et l'avons-nous remplacée par l'acide chromique ou plutôt par la solution officinale de cet acide qui est à parties égales. D'un jaune brun, l'acide chromique attaque franchement la peau, en produisant une escharre sèche et noirâtre. Son action ne s'étend guère au delà de la circonférence de la goutte employée. Recommandée par Nélaton qui s'en servait pour détruire les verrues et les végétations syphilitiques, son emploi, même à l'extérieur, demande certaines précautions. Des expériences du

docteur Jaillard, consignées dans la *Gazette Médicale de Strasbourg* (année 1861), il résulte que le bichromate de potasse (que l'on peut considérer comme un mélange de chromate neutre, relativement sans action, et d'acide chromique) inséré sous la peau d'un chien à la dose de 20 centigrammes (0.20) occasionne la mort de l'animal en produisant l'inflammation et la gangrène du tube digestif, la liquéfaction du sang (qui est coloré en jaune), la plénitude des vaisseaux sanguins et des accidents du côté du système nerveux. Il résulte de là qu'il sera prudent de n'employer d'acide chromique qu'à la dose de quelques centigrammes ou de quelques gouttes. L'on sait, du reste, que le bichromate ne s'emploie à l'intérieur qu'à la dose de 2 centigrammes par jour ou d'un centigramme matin et soir.

L'usage externe de l'acide arsénieux, de même que celui de l'acide chromique, demande également quelques précautions. Le docteur Fristot (de Sierck) (voir *Gazette Médicale de Paris*, 1830, n° 52) rapporte le cas de deux enfants dont il fut chargé de faire l'autopsie, et qui avaient succombé à l'emploi d'une pommade arsenicale qu'un charlatan avait conseillé pour faire disparaître la teigne dont ces enfants étaient atteints. A l'autopsie, on constata la dilatation des pupilles, la plénitude des vaisseaux sanguins et l'extravasation du sang sous forme d'ecchymoses. Roux, de son côté, dans sa *Médecine opératoire*, rapporte le cas d'une jeune fille qui succomba deux jours après l'application de la poudre de frère Cosme sur une surface de 4 centimètres d'étendue.

L'on sait aussi que l'arsenic s'accumule dans l'économie. Manec a trouvé de l'arsenic dans l'urine des personnes traitées par la poudre arsenicale dix jours encore après son application.

Ainsi donc, dans l'emploi de l'arsenic, nous aurons à considérer non seulement les doses employées, mais encore l'étendue de la surface d'application et l'intervalle de jours laissé entre deux applications successives.

En ce qui concerne les doses, on sait que certains paysans de l'Allemagne, pour se donner du jarret et s'entraîner, prennent journellement une petite quantité d'arsenic, 2 milligrammes pour commencer. Boudin, dans les fièvres intermittentes, débute souvent par 1 centigramme (0.01) par jour, mais à la condition expresse de fractionner les doses.

Quant à l'usage externe, il est admis généralement que l'on peut recourir à une dose double de celle dont on se sert à l'intérieur.

M. F. Hue, qui a inauguré le traitement des cancers par l'emploi des injections hypodermiques d'arsenic, a recours à des injections quotidiennes de 2 à à 4 milligrammes, ce qui fait 4 centigrammes par dix jours.

Nous basant sur ces différentes données, nous pensons que l'arsenic pourra être employé à la dose de 2 à 4 milligrammes, de 12 milligrammes, de 16 milligrammes et de 2 à 4 centigrammes selon que l'on s'en servira tous les jours, tous les trois jours, tous les quatre jours ou seulement tous les dix jours.

Au cas où l'on ne formulerait pas la préparation arsenicale et où l'on se contenterait de prescrire une des deux poudres officinales, celle de Dubois, la faible, à 1/25, ou celle du frère Cosme, la forte, à 1/8, il importerait que la surface d'application ne fût pas plus de 2 centimètres 5, c'est-à-dire qu'elle ne dépassât pas les dimensions d'une pièce de 2 francs.

Il résulte encore des recherches de Manec que l'arsenic étend son action à 6 centimètres du lieu de son application. Cette donnée peut avoir son importance, au cas où l'on aurait affaire à un cancer un peu volumineux. Elle permettrait d'espacer la pâte sur différents points du carcinome, de manière à laisser des intervalles vides.

Nous avons eu l'idée de mêler l'action caustique de l'acide chromique à l'action dynamique ou vitale de l'arsenic. Ayant à traiter des cancroïdes non ulcérés, à surface dure et rugueuse, nous avons combiné le mélange de manière que l'acide chromique fût en plus forte proportion, un gramme d'acide chromique pour 5 centigrammes d'acide arsénieux. Au cas où le cancroïde serait ulcéré on pourrait diminuer la proportion du composé chromique.

Ce dernier a le grand avantage d'incruster pour ainsi dire l'arsenic dans la masse hétérologue, de manière à faire du tout un mélange bien intime. Les plaies occasionnées par l'acide chromique n'étant pas douloureuses, comme celles que produisent les acides minéraux, il en résulte qu'on n'a pas besoin d'ajouter au mélange de substance calmante.

Nous avons employé par trois fois le mélange dont nous donnons la composition. Dans deux cas nous avions affaire à des cancroïdes du nez occasionnant des démangeaisons, ressemblant à des verrues, mais offrant les cavités pleine de graisse qui caractérisent les épithéliomas. L'application d'une seule goutte donna lieu à une escharre sèche, très adhérente; l'escharre tombée, nous renouvelâmes l'attouchement jusqu'à complète guérison, ce qui arriva au

bout de quelques semaines. Dans le troisième cas, c'était une tumeur de la grosseur et de la couleur d'une fraise fixée au bord libre de la paupière supérieure. Opérée d'abord avec le bistouri et touchée avec le thermo-cautère, cette tumeur s'était reproduite. Comme dans les cas précédents, la guérison était complète au bout d'une quarantaine de jours; il y a près de deux ans de cela, il n'y a pas eu de récidive; on ne voit même plus la trace du cancroïde.

Considérant l'action caustique de l'acide chromique, il sera prudent de ne pas l'employer contre lee épithéliomas qui intéressent la bouche. Dans ces cas il vaudra mieux recourir aux injections du Dr Hue, ou bien employer le chlorate de potasse intus et extra.

On pourra nous objecter que les effets que nous attribuons à notre mélange ne sont dus qu'à l'acide chromique. Nous ne le pensons pas. Le Dr Ducastel, qui a employé sur une grande échelle le bleu de méthyle alternativement avec l'acide chromique, n'aurait eu recours qu'à ce dernier moyen, s'il l'avait trouvé suffisant.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de l'épulis.

Nous n'entendons désigner par le mot épulis que certaines tumeurs, d'origine mésodermique, qui, nées du bord alvéolaire, apparaissent plus tard sur la gencive.

Un individu jeune, de 15 à 25 ans, porte sur la gencive une petite excroissance lisse, arrondie, rouge vif, pédiculée ou non, adhérente à l'os, de consistance dure, dont le volume varie d'un pois à une cerise, lui causant de la gêne plutôt que de la douleur, quelle conduite le chirurgien doit-il tenir?

Trois méthodes de traitement se présentent à lui : à laquelle doit-il donner la préférence?

L'une de ces méthodes, la plus ancienne, est mauvaise : elle consiste à lier la base, pédiculée ou sessile, de l'épulis et à l'exciser au delà de la ligature. Il n'y a pas d'hémorrhagie, ni de délabrement : c'est une intervention simple. Cette facilité d'exécution est, croyons-nous, le seul argument des praticiens assez nombreux qui s'obstinent encore à l'employer. L'anatomie pathologique et l'évolution clinique des épulis démontrent que cette intervention incomplète est dangereuse; sans rappeler encore les nombreuses observations de récidive, nous appuyons la condamnation que nous venons de formuler sur le cas d'une jeune femme de 25 ans opérée, il y a six mois, par la simple ligature, d'une épulis de la gencive supérieure droite : actuellement cette femme a une récidive sarcomateuse qui a envahi la moitié droite de la face et pour laquelle aucune intervention n'est plus à tenter.

La deuxième méthode, très employée aussi, consiste à détruire par des cautérisations, faites d'ordinaire à l'aide du thermo-cautère, toute la tumeur et sa base d'implantation gingivale; certains praticiens vont même, avec beaucoup d'à-propos, enfoncer la pointe de leur thermo-cautère dans le tissu osseux alvéolaire. Ces derniers font mieux que ceux qui se contentent de mortifier le point d'implantation sur la muqueuse. Les premiers croient avoir tout détruit et cette illusion n'est pas sans danger : ils laissent intact le véritable pédicule de l'épulis et la récidive est possible; je n'hésite donc pas à proscrire ce *modus faciendi*.

La troisième méthode est seule bonne : elle seule repose sur les données scientifiques de la nature et de l'évolution de l'épulis.

Après avoir exposé en quoi consiste cette méthode, je vais énumérer les raisons qui obligent à une résection partielle du bord alvéolaire.

L'antisepsie de la cavité buccale a été faite; les caries dentaires ont été obturées, le tartre a été enlevé; la bouche a été irriguée par de grands lavages à l'eau chloralée à 1 0/0, ou à l'eau phéniquée à 1 0/0. Il n'est pas besoin d'anesthésie générale : deux à trois injections d'une solution de cocaïne à 1 0/0 suffisent pour empêcher toute douleur.

Il est bien entendu que le sacrifice d'une ou deux dents importe peu, et que si, par exemple, l'on se trouve en présence d'une épulis émergeant d'un espace interdentaire, on commencera par extraire les deux dents limitant cet espace. D'ailleurs on se trouve souvent, dans la pratique, débarrassé de cette question; car le malade ayant éprouvé, dès le début de son affection, des douleurs dans la mâchoire, a commencé par se faire enlever une ou deux dents.

Cinq minutes après les injections de cocaïne, on circonscrit au histouri le point d'implantation de la tumeur sur la gencive; la perte de substance gingivale sera d'autant plus étendue que la surface d'implantation sera plus large, c'est-à-dire que l'épulis sera pédiculée ou sessile. L'incision sera profonde : elle ira, d'emblée ou progressivement, jusqu'au périoste. La compression avec des tampons de ouate stérilisée suffit d'ordinaire à l'hémostase; en cas d'insuccès, il faut employer le thermo-cautère au rouge sombre et ne jamais aborder l'os avant d'avoir assuré l'hémostase parfaite des parties molles.

L'on a ainsi sous les yeux le point d'émergence du pédicule intra-osseux de l'épulis. L'on résèque alors, soit à la pince coupante, soit à la gouge de Legouest, soit à la gouge et au maillet, toute la portion du bord alvéolaire qui contient le véritable pédicule. Le tissu osseux saigne; la compression arrête l'hémorrhagie, à moins que l'on ne préfère

appliquer sur la surface saignante un léger enduit d'un mastic formé de cire vierge et d'iodoforme à parties égales. Cette résection osseuse doit être large; on ne s'arrête qu'après avoir dépassé le point d'origine de l'épulis.

Les jours suivants, le malade multiplie les soins antiseptiques huccaux et, dix à quinze jours après, la cicatrisation est parfaite.

Telle est, brièvement exposée, la méthode de choix.

A ceux qui ne l'emploient pas, parce qu'elle provoque une large brèche alvéolaire, parce qu'elle prive le malade d'une ou plusieurs dents, la clinique et l'anatomie pathologique se chargent de répondre.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la forme habituelle de l'épulis est le sarcôme : tantôt il s'agit d'un sarcôme globo-cellulaire, tantôt il s'agit d'un sarcôme fuso-cellulaire; tantôt c'est un sarcôme à myéloplaxes. Quoi qu'il en soit de sa variété, il s'agit d'une tumeur maligne, et cette malignité constitutionnelle est celle qui doit guider le chirurgien, hien plutôt que l'apparence hénigne que donne aux épulis la lenteur de leur développement.

Souvent même, on trouve dans ces tumeurs des cellules épithéliales que Malassez et Albarran reconnaissent pour des déhris épithéliaux paradentaires : la présence de ces cellules épithéliales semble singulièrement assombrir le pronostic, surtout si on se rappelle l'observation de Heaths concernant un cas de récidive épithéliomateuse.

Dans quelques cas, il est vrai, la tumeur paraît être de nature fibroïde. Mais comme, avant de tenter l'opération, l'examen complet de la tumeur ne peut être fait, comme un examen partiel ne garantit pas qu'en une partie quelconque la tumeur ne contient pas quelque élément malin, de nature sarcomateuse ou épithéliale, il nous semble qu'il vaut mieux faire trop que pas assez : il est préférable de faire cette extirpation large que l'on conseille vis-à-vis de toute tumeur maligne, puisque les anatomo-pathologistes nous répètent que la forme ordinaire de l'épulis est le sarcôme.

De par son origine, l'épulis exige une résection partielle du bord alvéolaire. Il n'entre pas dans le cadre de cet article de passer en revue les diverses opinions émises sur l'implantation réelle des épulis : retenons seulement cette phrase écrite dans tous les traités classiques : « Le point de départ n'est pas la gencive, mais bien le bord alvéolaire des mâchoires. »

Peu nous importe, en pratique journalière, que l'épulis naisse de la cloison commune à deux alvéoles voisines, comme l'indiquent Dolbeau et Nélaton, ou du périoste alvéolo-dentaire, comme le veulent Virchow et Magitot, ou de la moelle osseuse elle-même, comme le disent Cornil et Ranvier? La conclusion est la même : une tumeur, le plus souvent sarcomateuse, est implantée dans le bord alvéolaire : un traitement rationnel exige la résection de ce hord.

Enfin, l'évolution même de l'épulis justifie pleinement l'opération que nous préconisons. En effet, si la lenteur de l'accroissement, si l'absence d'engorgement ganglionnaire et de troubles de la santé générale paraissent indiquer que l'épulis se comporte comme une tumeur hénigne, on se rappellera que de nomhreuses observations de récidive sarcomateuse ou épithéliomateuse ont été publiées.

Tous les auteurs sont d'accord pour déclarer que ces récidives sont plutôt des continuations d'une affection incomplètement détruite : tous concluent à la nécessité d'une opération dépassant largement les limites du néoplasme.

Le mode de traitement que nous venons de choisir nous paraît répondre à toutes les indications : la résection du bord alvéolaire est donc le seul traitement logique de l'épulis : la simple extirpation de la portion gingivale de la tumeur est condamnable.

Dr Edouard Friteau.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A la Société de Chirurgie, un remarquahle panégyrique du Pr Verneuil par M. Reclus, secrétaire général. Pendant quarante minutes, les membres de la Société de Chirurgie et de nombreux assistants sont restés sous le charme de ce délicieux discours, d'une éloquence très pure et d'une émotion très communicative. — P. S.

Nous recevons de M. Bazy la lettre suivante, qne nous nous faisons un plaisir d'insérer :

« Mon cher Sebileau,

» Si votre journal n'était pas un journal de chirurgie et si le compte rendu de la Société de chirurgie n'était pas habituellement bien fait, je ne vous aurais pas signalé une erreur de typographie à propos de ma communication sur les rétrécissements traumatiques tardifs de l'urèthre (numéro du 23 janvier). On me fait dire que je recommande la section sur la paroi *inférieure*, contrairement à ce que professe M. Guyon. C'est M. Guyon qui recommande la paroi *inférieure*. Moi, j'ai opéré sur la paroi *supérieure* et je n'ai eu qu'à m'en féliciter. Il est vrai qu'il s'agissait d'un rétrécissement *tardif*.

» Veuillez insérer cette correction, s'il vous plaît, et croyez-moi bien à vous.

» Bazy. »

REVUE DE CHIRURGIE

APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

Nouveau procédé pour la cure radicale de la hernie crurale.

M. A. de Garay (de Mexico) décrit, d'après la *Semaine Médicale*, un procédé de cure radicale de la hernie crurale, dont voici les divers temps : 1° on incise les téguments au

niveau de la hernie, puis on dissèque et on résèque le sac par les méthodes connues; 2° on pratique une incision longitudinale de la peau le long du hord interne du couturier, qu'on découvre; 3° on divise ensuite le couturier en deux moitiés par une incision longitudinale parallèle à ses fibres; 4° on sectionne perpendiculairement la moité interne, de manière à obtenir nn lamheau interne longitudinal; 5° on fait ensuite une incision de la peau, unissant celle qui a été pratiquée au niveau de la hernie à celle qui a découvert le muscle : ces incisions représentent une H irrégulière; 6° on porte alors le lambeau musculaire dans l'incision transversale; 7° on suture l'extrémité du lamheau musculaire à l'arcade crurale, au ligament de Gimhernat et au pectiné; 8° enfin, on suture la peau.

Avec de légères modifications, on peut appliquer ce procédé à la cure des hernies inguinales : dans ce cas, on sutnre le lamhean musculaire aux piliers de l'anneau inguinal cutané. Ce procédé est d'une exécution plus facile que celui de Bassini et l'opération est de plus courte durée.

De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse par perforation spontanée.

M. Houzé (Thèse, Paris 1896) a étudié les perforations spontanées de l'intestin causées par l'appendicite, la fièvre typhoïde, les ulcérations du duodénum et. plus rarement, la tuberculose et la dysenterie.

Toutes ces perforations ont pour principale conséquence une péritonite. A ce point de vue, on peut étudier toutes les formes de péritonite par perforation sous trois chefs : septicémie péritonéale suraigue, péritonite suppurée généralisée sans adhérences, péritonite suppurée à foyers enkystés par des adhérences (péritonite à foyers péritonéaux multiples de Nélaton).

M. Houzé s'est particuliérement occupé du traitement chirurgical propre à chacune de ces formes.

La forme septique suraiguë paraît être au-dessus des ressources de la chirurgie. La péritonite suppurée généralisée, pour laquelle l'intervention ne donne pas de bons résultats quand la perforation siége au niveau de l'estomac ou du duodénum est, au contraire, curablé quand elle est d'origine appendiculaire. Enfin, une intervention prompte a pu guérir certains cas de péritonite par perforation au cours de la fièvre typhoïde.

Mais, dans tous ces cas, il convient de faire une intervention précoce, par laparotomie, suivie de l'évacuation des liquides péritonéaux, de l'isolement de la perforation, de désinfection du péritoine et de drainage.

Toute la difficulté de ce traitement réside dans la désinfection du péritoine. En Allemagne et aussi en France, on emploie généralement les compresses de gaze stérilisée pour nettoyer le péritoine.

Le drainage se pratique, le plus souvent, à l'aide de gaze aseptique ou, chez la femme, par une contre-ouverture au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Le chirurgien doit aussi comhattre la paralysie intestinale. On la combattra par les lavements simples ou purgatifs, les applications de glace. Certains chirurgiens, même, ont eu recours à l'entérotomie et à l'anus artificiel.

Traitement des abcés du creux ischio-rectal.

M. Cougnenc, dans une thèse soutenue au mois de juillet dernier, a donné, en la hasant sur l'anatomie normale de la région, les voies de propagation des fusées purulentes dans les ahcès du creux ischio-rectal.

Voici, d'après la *Médecine moderne*, le résumé des considérations exposées par l'auteur avec les conclusions thérapeutiques qu'ils a données :

« 1° Le tissu cellulaire qui confine à la peau de la base du creux ischio-rectal peut propager le pus vers le scrotum, la verge, la paroi ahdominale et la vulve; 2° au-dessus du transverse profond et au-dessous du releveur il existe deux prolongements profonds comme une phalangette de médius et adossés l'un à l'autre de chaque côté du raphé médian; 3° la propagation peut se faire aussi vers la fesse par l'intermédiaire du tissu cellulaire; 4° par la petite échancrure sciatique existe une communication avec la cavité pelvienne; 5° avec le rectum par l'espace compris entre le releveur et le sphincter, espace triangulaire comblé par du tissu celluleux lâche et signalé par Quénu. En outre de ces prolongements, le pus peut se frayer une route à travers les faihles harrières opposées par les muscles et cloisons qui limitent le creux. C'est ainsi qu'il peut décoller le releveur de son aponévrose inférieure et déterminer un ahcès pelvi-recial moyen, ou perforer le releveur et ses aponévroses pour pénétrer dans l'espace pelvi-rectal supérieur, ou forcer le raphé ano-coccygien et former ainsi un abcès du creux ischio-rectal douhle ou en fer á cheval. Chez la femme, le pus peut s'ouvrir une voie dans le vagin à travers la cloison recto-vaginale.

» De ces notions découlent les régles du traitement : 1° ouverture aussi hâtive que possible de l'ahcès, le malade étant placé dans la position de la taille; cependant, la position genu-pectorale semble mieux convenir pour les pansements ultérieurs. Comme instruments, on se servira du histouri ou du thermo-cautère, mais il sera toujours prudent d'avoir ce dernier prêt; 2° on pratiquera une incision antéro-postérieure quand on jugera qu'on ne doit pas intéresser le rectum, et on lui donnera la longueur de toute la zone cutanée malade, quitte à l'agrandir plus tard, car l'étendue des lésions est toujours plus grande dans les parties profondes qu'au niveau de la peau; 3° les prolongements vers la fesse, le périnée, la vulve, rétro-prostatiques seront poursuivis à l'aide du histouri ou du thermocautère. On décollera avec les doigts les ahcès qui pourraient s'élever ver le releveur (ahcès pelvi-rectal moyen de Quénu); 4° les doigts introduits dans l'anus et dans l'ahcès rechercheront s'il existe une perforation. Si la muqueuse rectale est décollée, et pour peu que la séparation soit mince, mais continue, mieux vaut ne pas inciser le rectum,

il sera toujours temps de le faire plus tard. Si la communication est évidente, si l'abcès bombe dans le rectum, on incisera sur la sonde cannelée; 5° pour les abcès doubles, Verneuil, Tillaux. etc., pratiquent une incision unique allant d'un creux à l'autre et passant derrière le rectum. D'autres font deux incisions séparées. Quénu concilie les deux procédés en pratiquant deux incisions latérales parallèles au sphincter et une incision médiane sur le raphé ano-coccygien. Ces trois incisions séparées et de même grandeur guérissent aussi rapidement qu'une seule et on évite ainsi les clapiers médians.

» Les pansements répétés deux fois par jour dans les premiers temps exigent une surveillance spéciale; bien souvent l'opération ne vaut que par les soins consécutifs. »

Etude clinique du cancer du rectum.

M. Quénu (*Revue de Chir.*, n° 1. p. 3, 1897) donne une étude clinique du cancer du rectum en se limitant aux faits qu'il lui a été permis personnellement d'observer.

Il précise le début de l'affection, soit par des hémorrhagies. des sensations anormales, des troubles de la défécation, soit, plus rarement, par des modifications de l'état général.

A la période d'état de l'affection, on note des pertes sanguines, glaireuses, hémorrhagiques ou purulentes. Les phénomènes douloureux prennent alors une grande importance; les troubles fonctionnels sont alors constants et relatifs à la fonction d'exonération. C'est la constipation qui prédomine. Des débâcles suivent les périodes de constipation. Elles sont fétides et renferment du sang et du pus. Il en résulte un état général très caractéristique. L'ulcère cancéreux du rectum est une source de produits infects dont la résorption contribue pour une grande part à produire le dégoût pour les aliments, l'amaigrissement, la dépression des forces et la cachexie. C'est à cette résorption qu'il faut attribuer particulièrement cette teinte jaune, terreuse de la face et la sécheresse de la peau, dont la pâleur varie encore suivant l'importance et la répétition des hémorrhagies.

Viennent enfin la période terminale et les complications. Ces complications sont de deux ordres : les unes résultent de l'extension de la tumeur localement ou à distance; les autres résultent de l'action des micro-organismes qui trouvent un milieu de culture et une voie de pénétration au niveau de l'ulcération cancéreuse. Les abcès péri-ano-rectaux sont les plus importantes de ces complications septiques du canal rectal.

Du prolapsus du rectum chez l'enfant et de son traitement.

M. Broca, dans une clinique récente (*Bulletin Médical*, n° 7, p. 69, 1897), a étudié l'étiologie, les symptômes, le diagnostic et le traitement du prolapsus du rectum chez l'enfant. Nous n'insisterons ici que sur le traitement.

L'indication générale du prolapsus primitif, seul envisagé ici, c'est de réduire, ce qui est aisé, puis de maintenir, ce qui est plus difficile.

On sait que, chez l'enfant, la chute du rectum réduit récidive à chaque selle. Aussi ne pourra-t-on éviter cette récidive qu'en surveillant avec soin la défécation. On fera aller l'enfant à la selle, couché sur le côté, en recueillant ses excréments dans une serviette, et on recommandera surtout à la mère de ne pas laisser l'enfant s'éterniser tous les matins sur le vase de nuit. M. Broca ajoute : « La selle. que l'on provoquera au besoin par un lavement, par un suppositoire, aura lieu tous les jours à heure régulière, le matin de préférence; sa durée sera courte, réduite au strict minimum nécessaire à l'expulsion, et immédiatement le prolapsus sera réduit, puis maintenu pendant quelques minutes, l'enfant restera encore au repos pendant une demi-heure environ, puis on le lèvera. Une selle par jour, régulièrement, ai-je dit; cela implique une surveillance attentive pour obtenir, par l'hygiène alimentaire et au besoin par les médicaments appropriés, la cessation soit de la diarrhée, soit plus souvent de la constipation dont les enfants sont assez souvent atteints.

» Localement, on agit sur le rectum par les lavements boriqués froids qui calment la rectite, on met en usage les propriétés astringentes du ratanhia. Mais surtout on s'occupe de l'état général : par le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue, les bains salés, l'alimentation bien réglée et bien choisie, on traite le rachitisme dont tous ces enfants sont entachés.

» Par le traitement ainsi conduit, on obtient une amélioration rapide : le prolapsus devient moins gros, puis il ne sort plus à chaque selle, puis ses chutes s'espacent notablement et enfin deviennent nulles. Si la mère obéit aux prescriptions que je viens d'énumérer, la guérison est à peu près constante : et pour mon compte personnel je n'ai jamais dû recourir aux boutons de feu de Dupuytren, aux raies de feu longitudinales sur la muqueuse rectale. Ces petites opérations ont été pratiquées et recommandées chez l'enfant, et certainement elles sont inoffensives; mais je crois qu'elles sont presque toujours inutiles. »

Sténoses non cancéreuses du côlon descendant. — Pathologie de la lésion.

M. Folet (*Echo médical du Nord*, n° 1, p. 9, 1897) a publié un travail sur les sténoses non cancéreuses du côlon et une observation au cours de laquelle il explique la pathogénie du rétrécissement qu'il a opéré :

« Malgré l'absence d'examen microscopique, j'estime que l'on peut tenir pour certaine la nature non cancéreuse de la lésion. La date très ancienne à laquelle remontaient les crises d'obstruction, l'aspect macrographique de l'anneau stricturant qui a pu être examiné par le dedans de l'intestin aussi bien que par le dehors : tout démontre que la sténose n'était pas due à un néoplasme. Le rétrécissement était d'aspect absolument cicatriciel. Qu'est-ce qui a pu produire là une ulcération circulaire? La dysenterie

n'est pas en cause. La coprostase ne pourrait-elle pas être invoquée ? Je sais que, normalement, les matières fécales sont encore molles et pâteuses dans le côlon et ne se montrent à l'état solide que dans le rectum. Cependant, chez les gens habituellement très constipés, le durcissement se fait plus haut. Des calculs intestinaux peuvent se rencontrer dans le côlon, dans le cæcum (typhlolithiase) ; et, sans même qu'il existe de calculs. on observe dans le gros intestin des sujets très sédentaires et ayant une alimentation surtout végétale, des agglomérats constitués par des fibres végétales feutrées, comme agglutinées par du mastic stercoral solide. Qu'un de ces pelotons volumineux, irréguliers et durs, qu'un de ces stercoromes ait occupé le côlon descendant et s'y soit arrêté; que l'intestin, sous une influence convulsivante (un purgatif drastique), se soit énergiquement contracté sur l'obstacle pendant vingt-quatre heures : voilà un sphacèle annulaire possible de la muqueuse comprimée. Plus tard, l'amas stercoral se désagrège et s'élimine; l'escharre tombe ; la plaie intestinale se cicatrise : la cicatrice se rétracte lentement et le rétrécissement inodulaire se constitue peu à peu.

» La stricture étroite une fois établie, la liquidité des selles et le calme musculaire de l'intestin permettent le passage très lent de matières molles à travers le très petit orifice. Au contraire. tout ce qui provoque de fortes contractions intestinales, les purgatifs drastiques par exemple, amène l'obstruction. Les amas stercoraux étant housculés et tassés par les convulsions intestinales contre un défilé étroit, rien ne peut franchir le rétrécissement. Que l'on me permette une comparaison très hizarre, mais juste : il se passe là ce qui se passe aux portes d'un théâtre incendié, qui, normalement, se vide en huit minutes, mais d'où personne ne peut sortir quand la foule, prise de panique, s'écrase à toutes les issues. »

On conçoit quelle doit être l'importance de la laparotomie exploratrice en pareil cas.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Diagnostic entre l'appendicite et la salpingite catarrhale aiguë.

Hiran N. Vineberg (*Medical Record*, 21 novembre 1896) étudie le diagnostic différentiel entre la salpingite catarrhale aiguë et l'appendicite.

Il semble que le point douloureux spécialisé par Mac Burney dans l appendicite doive, théoriquement du moins, suffire à trancher la question. Mais cela n'est pas vrai en pratique, et tout le monde sait combien est incommode la détermination du point maximum de la douleur lorsque le ventre est distendu en totalité et sensible à la pression.

Cependant, d'après l'auteur : Dans l'appendicite la douleur est souvent plus violente que dans la salpingite, plus volontiers localisée à l'abdomen sans irradier au loin comme la douleur de la salpingo-oophorite. Lorsque l'ovaire participe à l'inflammation de la trompe, la douleur irradie vers la cuisse.

Les trouhles gastriques sont fréquents dans les deux affections.

Dans la salpingite les symptômes alarmants présentent ordinairement une rémission vers le troisième et le quatrième jour; dans l'appendicite, ils peuvent persister et même augmenter d'intensité.

Nous devons sans doute chercher à établir le diagnostic avant le quatrième jour, mais lorsque des doutes surgissent, et en l'ahsence d'indications urgentes, on peut très hien attendre jusque-là lorsqu'on soupçonne une appendicite catarrhale.

Lorsque les symptômes sont plus graves, on devra pratiquer l'examen sous le chloroforme. Bien que les renseignements fournis par cet examen ne soient pas toujours décisifs, on peut dire que le plus souvent ils sont positifs.

Ce diagnostic importe surtout à propos du traitement. Dans le cas d'appendicite, l'auteur admet comme tout le monde une intervention précoce; dans le cas de salpingite aiguë, il attend et il déclare même que l'affection guérit souvent sans opération.

Les mastites.

Dans une étude complète des inflammations de la glande mammaire propres à l'homme, **M. Letiévant** (*Prov. Méd.*, n° 3, 1897, p. 28) termine par le traitement de ces inflammations aux différents âges de l'individu.

Le traitement des mastites des nouveau-nés consistera surtout en un traitement médical (applications émollientes) ; dans les cas où le processus inflammatoire va jusqu'à la suppuration, l'incision sera indiquée.

Il en est de même pour les adolescents ; traitement médical, sauf s'il y a suppuration; toutefois, dans les cas très douloureux, où la présence de l'affection donne naissance à un état névropathique se rapprochant de celui du sein hystérique chez la femme. il sera indiqué d'y intervenir.

Ceci est applicable à l'adulte : si la tumeur devient gênante et douloureuse, si le malade demande à être débarrassé, il ne faut pas hésiter à lui accorder satisfaction, sans avoir à craindre de complications, grâce à l'asepsie. On sera d'autant plus autorisé à intervenir que le diagnostic sera plus incertain, si l'on craint la présence de quelque noyau épithélial ou d'une lésion hacillaire ; il y aura des exceptions, toutefois, pour les malades ayant des lésions pulmonaires trop avancées et chez lesquels l'intervention ne pourrait que hâter le dénouement. Les ganglions, quand il s'en trouvera, devront être abandonnés à eux-mêmes, mais il faudra suivre pas à pas leur rétrocession après l'intervention.

D'autre part, dans une thèse de Paris, 1896, **M. Mendailles** étudie les mastites puerpérales et leur traitement. Il signale la classification de Duplay, qui classe les abcès du sein en : 1° abcès du mamelon et de l'aréole, d'une part: 2° les abcès de la région mammaire proprement dite,

d'autre part, parmi lesquels il faut distinguer : les abcès superficiels, les abcès profonds développés dans la couche cellulo-graisseuse sous-mammaire et les abcès de la couche glandulaire.

Le traitement des mastites puerpérales comprend un traitement préventif et un traitement de l'abcès constitué. Le traitement préventif consistera uniquement dans l'asepsie de la région mammaire avant et après les tétées. Quand la galactophoromastite est installée, les auteurs américains font la compression de la glande qu'ils laissent au repos. L'auteur y ajoute de la glace et des compresses belladonées. S'il y a commencement de suppuration, l'auteur emploie le traitement par expression de la glande. Enfin, s'il y a phlegmon, on se hâtera d'ouvrir en tâchant de concilier les trois points suivants : ménager la glande pour l'allaitement futur, ouvrir tous les diverticules, ne pas laisser une cicatrice trop laide. L'opération de M. Félizet paraît devoir remplir toutes ces conditions. On la fait sous le chloroforme avec le thermo-cautère dont le couteau est enfoncé dans le sillon sous-mammaire. Le sein est ainsi décollé de la paroi et le pus s'écoule au dehors. Toutes les brides qui peuvent cloisonner la cavité sont détruites avec le doigt. On lave au sublimé, on imbibe la plaie avec une solution de chlorure de zinc, on sèche, puis, avec un chalumeau, on fait le flambage à une température de 1,500°, par lequel on détruit la membrane pyogénique. On met ensuite de l'iodoforme dans la plaie. Il donne, sous la flamme du chalumeau, de l'iode à l'état naissant et l'on bourre de gaze iodoformée. La guérison a lieu au bout d'un mois avec une petite cicatrice à peine visible à la partie inférieure du mamelon.

Indications de la cholécystostomie et de la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire.

D'après **Lejars** (*Revue de Chir.*, septembre 1896), la cholécystostomie est l'opération de choix, au cours de la lithiase vésiculaire, lorsque la bile est infectée et commande de maintenir la fistule ouverte. Cette opération permet donc le drainage des voies biliaires, leur cathétérisme, la possibilité d'une dérivation ultérieure de la bile vers l'intestin, l'estomac ou la peau. C'est, enfin, une opération d'une simplicité remarquable.

Au contraire la cholécystectomie totale est indiquée :

1° Lors d'altérations graves de la paroi vésiculaire;
2° Lorsque l'affection calculeuse semble entièrement cantonnée à la vésicule.

De l'étiologie des atrésies génitales.

Kussmaul avait admis comme cause des atrésies génitales des processus inflammatoires d'origine fœtale. **Meyer** admet un processus infectieux (gonorrhée infantile, maladies infectieuses capables d'enflammer le vagin et de provoquer des adhérences). Mais ces adhérences ne sont guère reconnues qu'au moment de la puberté où l'on note alors des troubles fonctionnels importants. Ainsi s'explique la coexistence de l'atrésie vaginale avec l'hématosalpinx d'un côté. Il est évident que l'hématosalpinx commence ou évolue en même temps que l'atrésie du vagin.

Du raccourcissement des ligaments ronds dans les déplacements de la matrice.

M. Ed. Snyers, à la Société médico-chirurgicale de Liège (*Scalpel*, n° 30, p. 197, 1897), conclut que le raccourcissement des ligaments est indiqué dans le traitement des rétro-déviations et des prolapsus utérins, sauf le cas de complications inflammatoires, de tumeurs utérines ou annexielles et de prolapsus absolument irréductibles. Elle doit être accompagnée d'opérations complémentaires, surtout d'opérations plastiques vulvo-vagino-périnéales dans le cas de prolapsus.

Pour être efficace, l'opération doit comprendre l'incision du canal inguinal dans toute son étendue, la traction du cordon jusqu'à apparition de la corne interne dans la plaie et la fixation du cordon dans toute l'étendue du canal lors de la réfection de ce dernier.

Par sa bénignité et sa facilité d'exécution, elle est préférable, sinon supérieure, aux opérations conduisant au même but.

COU, CRANE, FACE

Abcès du cou consécutifs aux otites moyennes suppurées.

M. A. Broca (*Arch. internat. de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, T. IX, n° 6, p. 571-584, novembre-décembre 1896). — Les abcès maxillo-pharyngiens consécutifs aux otites moyennes suppurées sont de trois espèces : 1° l'abcès est en continuité avec un point d'ostéite : 2° l'abcès est formé par une collection de pus dans la veine jugulaire; 3° l'abcès est d'origine ganglionnaire.

Première variété. — Le type de l'abcès cervical par ostéite auriculaire est fourni par la mastoïdite de Bezold : c'est une mastoïdite dans laquelle le pus, primitivement collecté sous le périoste de la face interne de l'apophyse mastoïde, a gagné l'espace maxillo-pharyngien ; à l'ouverture, on trouve toujours un point de la mastoïde dénudé ou perforé. Pour M. A. Broca, la mastoïdite de Bezold vraie est rare aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

L'auteur publie l'observation d'un cas d'abcès maxillo-pharyngien consécutif à une ostéite de la face inférieure du rocher, qui simulait la mastoïdite de Bezold, s'en distinguant, toutefois, par l'absence de douleur apophysaire à la pression.

M. Broca conseille d'ouvrir d'abord la lésion certaine, l'abcès cervical ; une fois dans la poche, le chirurgien reconnaît l'origine du pus et il ne trépane la mastoïde que s'il la trouve dénudée ou perforée.

Deuxième variété. — Ce sont des abcès intra-veineux, survenant à la suite d'une otite moyenne : la jugulaire, au lieu d'un simple caillot, contient une véritable collection

purulente. Les ganglions lymphatiques environnant la vessie sont inflammés; ils forment, autour de la vessie phlébitique, une série de bosselures qui permettent de distinguer la phléhite suppurée de la mastoïdite de Bezold. M. A. Broca a opéré un enfant atteint de cette variété d'abcès intra-veinenx : il a d'abord lié la jugulaire, trépané l'apophyse et la caisse et ouvert la jugulaire qui contenait nne cuillerée à café de pus hien lié.

Troisième variété. — Ce sont des ahcès ganglionnaires péripharyngiens qui, une fois ouverts dans le conduit auditif, simulent une mastoïdite de Bezold : on les reconnaîtra à l'absence de lésion du tympan et de la mastoïde. Ils méritent surtout d'être dépistés, car ils sont justiciahles de l'incision simple, sans trépanation de l'apophyse.

Dr Edouard Friteau.

Traitement chirurgical de la surdité.

M. Garnault préconise pour le traitement de la surdité chronique un traitement qui consiste à faire, par la voie mastoïdienne, l'excision du tympan, l'ahlation du marteau et de l'enclume, la mohilisation ou l'extraction de l'étrier.

Mais quels sourds chroniques convient-il d'opérer ainsi? Tous les sourds, dit M. Garnault, chez lesquels on peut affirmer ou tout au moins vraisemhlahlement supposer que la cause de la surdité est due à des altérations de l'appareil de tran smission. La méthode de Rinne est, à ce point de vue, d'une incontestable utilité, selon qu'elle donne ou ne donne pas des résultats positifs.

Quand le signe de Rinne est positif, c'est-à-dire quand la perception aérienne pour le diapason prédomine sur la perception crânienne, il ne faut pas opérer; quand au contraire, le signe de Rinne est négatif, c'est-à-dire que la perception crânienne pour le diapason prédomine sur la perception aérienne, il faut opérer.

(*Médecine Moderne*, n° 105, 1896.)

Kyste dermoïde latéral de la région sus-thyroïdienne.

M. Prauchomme (*Journ. des Sciences méd. de Lille*, n° 4, p. 73, 1897) rappelle la description donnée par Lannelongue sur les kystes latéraux du cou :

« Tumeur apparue dans l'enfance ou l'adolescence, développée lentement, souvent avec des périodes d'état stationnaire ou d'accroissement rapide, indolente, opaque ou par exception transparente, fluctuante, n'altérant ni la peau du cou, ni la muqueuse huccale, c'est-à-dire sans adhérence avec ces membranes. Sous la langue la tumeur se développe comme une grenouillette; au-dessous du maxillaire, elle peut affecter une certaine ressemhlance avec une adénite chronique. »

Et relate une observation personnelle, dans laquelle il s'agissait d'une tumeur du cou qui fut opérée et guérie. Cette tumeur consistait en une poche en forme de bissac contenant une matière grisâtre molle qui n'était qne de la graisse. Pas de poils, ni d'autres produits épidermiques. La poche était lisse et présentait par sa face interne un revêtement épithélial.

Le traitement chirurgical des goitres.

Voici, rapportées par **M. Doubre**, dans un travail puhlié par le *Bulletin Médical* (n° 6, page 60, 1897), les conclusions portées par M. Bérard sur les différentes interventions chirurgicales faites par l'école lyonnaise, dans le traitement des goitres :

« Les opérations thyroïdiennes réglées, actuellement dirigées contre le goitre, ne mettent pas sûrement à l'abri des récidives fonctionnelles et anatomiques lorsqu'il s'agit de maladie de Basedow ; elles peuvent être, au contraire, considérées comme définitives pour les goitres bénins ordinaires, car même si les portions restantes de la glande présentent ultérieurement quelque accroissement, la récidive anatomique ne devient gênante pour la phonation et la respiration que dans des circonstances exceptionnelles.

» Aux hypertrophies massives très vasculaires, aux vieux goitres très enflammés et très adhérents à leur capsule, convient la thyroïdectomie partielle.

» Les énucléations s'adressent à la généralité des goitres.

» L'exothyropexie sera réservée aux énormes goitres charnus, vasculaires, gênants surtout par leur volume, dont la luxation n'offre aucun danger, tandis que l'énucléation en serait impossihle et l'excision des plns risquées. La mise à l'air pure et simple s'imposera aux goitres charnus envoyant un prolongement rétrotrachéal et pour les goitres annulaires dont les essais de luxation coudent fatalement le courant aérien. »

En ce qui concerne le goitre exophtalmique, M. Bérard ajoute :

« Jusqu'au moment où la valeur de la section douhle du sympathique cervical et aussi son innocuité seront solidement établies par un nombre suffisant de cas heureux, le plus sage, ce nous semhle, est, comme le fait M. Poncet, d'essayer d'abord du traitement médical, de l'essayer longtemps même chez les sujets qui ne sont pas obligés de compter les jours. Mais chez les malades de la classe pauvre, chez ceux qui présentent une récidive après une amélioration momentanée par le traitement médical, on doit conseiller l'opération aussitôt que les troubles fonctionnels deviennent gênants, en prévenant le malade des risques qu'il aura à courir. »

CHIRURGIE DES MEMBRES

Hernie musculaire vraie.

A la Société des Sciences médicales de Lyon, **M. Rioblanc**, médecin militaire, a présenté un malade qui était porteur d'une hernie musculaire vraie du droit antérieur de la cuisse. Quand il s'agit d'une rupture de la gaine, le

muscle fait une saillie quand le malade exécute un effort. C'est l'inverse qui a lieu dans les hernies musculaires vraies, ainsi que l'a montré Farabeuf.

C'est ce qui existait chez le malade présenté. La tumeur n'apparaissait que dans le relâchement du muscle et disparaissait dans la contraction.

M. Gangolphe a demandé quelle était la pathogénie de ce cas-là.

M. Rioblanc a répondu que le malade s'était cassé les deux cuisses il y a quelque temps.

(*Lyon Médical*, n° 4, 1897, p. 128.)

De la luxation des tendons et de leur traitement chirurgical.

Les tendons péroniers sont de beaucoup les plus sujets aux luxations, quoique, cependant, peu d'exemples de ces luxations aient été signalés. A la vérité, les tendons péroniers, par leur longueur et leur enroulement derrière une malléole peu saillante, sont prédisposés à cette luxation. Ces luxations tendineuses ont une symptomatologie simple : sensation de rupture au moment où se produit le traumatisme cause de l'accident, douleur très vive rendant la marche difficile mais non impossible, épanchement sanguin parfois considérable. On voit enfin, à la surface extérieure de la malléole, un ou deux cordons que l'on sent d'autre part rouler sous le doigt, rentrent dans leur loge mais n'y restant pas.

Dans un cas de luxation invétérée des tendons péroniers, **Perinoff** et **Kousmine** ont réussi à maintenir les tendons, dans leur position normale à l'aide d'un lambeau de périoste et d'une parcelle osseuse maintenue perpendiculairement à la malléole à l'aide de deux clous de nickel. On mit sur la jambe un bandage plâtré et les résultats obtenus furent excellents.

(*Rev. de Chir.*, sept. 1896.)

Remarques sur le ligament péronéo-astragalien antérieur et les entorses du cou-de-pied.

M. Ruotte (de Nancy), après avoir rappelé que M. Poirier signale la division du ligament péronéo-astragalien antérieur en deux faisceaux, sans y insister autrement, dit que cette division est constante et décrit, en conséquence, à ce ligament, un faisceau supérieur et un inférieur.

Le faisceau supérieur s'insère sur le bord antérieur de la malléole péronière, en dehors des insertions inférieures du ligament tibio-péronien antérieur qu'il recouvre un peu, et en dehors de celles du ligament péronéo-calcanéen. De là, ses fibres se portent en avant et en dedans pour venir s'insérer sur l'astragale, immédiatement en avant du rebord de sa facette articulaire externe.

Le faisceau inférieur a, le plus communément, la disposition suivante : il est situé au contact du bord inférieur du faisceau supérieur, sur lequel il s'engage assez souvent au niveau de sa partie moyenne, presque toujours au niveau de ses insertions antérieures. En avant, il s'insère sur l'astragale, au-devant de la moitié inférieure de sa facette articulaire externe, glissant presque toujours ses fibres au-dessous de celles du faisceau supérieur. De là, ses fibres se portent en arrière vers la malléole péronière en s'éloignant en éventail et vont s'insérer sur son bord antérieur, au-dessous et en dehors des insertions du faisceau supérieur, en dedans de celles du ligament péronéo-calcanéen et sur la face interne du sommet de la malléole jusqu'au point d'insertion du ligament péronéo-astragalien postérieur.

Dans la flexion, le faisceau supérieur se relâche, tandis que le faisceau inférieur se tend en même temps que le ligament péronéo-calcanéen et le ligament péronéo-astragalien postérieur ; si on force la flexion, c'est le faisceau inférieur qui se rompt le premier, ordinairement au point d'insertion malléolaire de ses fibres les plus basses.

Dans l'extension, au contraire, le faisceau supérieur se tend fortement, tandis que le faisceau inférieur se relâche totalement, en même temps que les deux autres ligaments externes de la jointure.

M. Ruotte conclut que, théoriquement, dans l'entorse par flexion du pied, on doit trouver de la lésion et de la douleur pour le côté externe vers la pointe de la malléole, tandis que dans l'entorse par extension du pied, le siège des lésions sera à l'insertion malléolaire du faisceau supérieur du ligament péronéo-astragalien antérieur, soit à la partie moyenne du bord supérieur de cette malléole. M. Ruotte a pu vérifier ces faits sur un malade, pour l'entorse par extension.

(*Arch. provinc. de Chir.*, n° 1, p. 40, 1897.)

FORMULAIRE DES SPÉCIALITÉS

Traitement de l'urticaire.

Il y a quelques années le célèbre dermatologue Wilson publia l'observation d'un cas d'urticaire chronique traité avec succès par l'iodure de potassium. Après lui, Stern a employé la même médication et en a retiré d'exellents effets, notamment contre l'urticaire des asthmatiques.

Dans un cas datant de quatre mois, le prurit atroce dont souffrait le malade disparut le deuxième jour du traitement et la guérison fut obtenue après absorption de 10 grammes d'iodure.

Les dragées iodurées Foucher, d'Orléans, étant dosées à 25 centigrammes, il suffirait donc d'un flacon de ces dragées commodes pour soulager les asthmatiques porteurs d'urticaire, sans leur imposer l'usage d'aucun topique.

J. V.

(*Journ. de Clin. et de Thérap. infant.* 30 juill. 1896.)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Election d'un membre titulaire.

Votants : 72. — Majorité : 37.

MM. Farabeuf	44 voix (Elu).
Reynier	19 —
Poirier	2 —
Retterer	2 —
Remy	2 —
Hénocque	1 —
Bulletins blancs	2 —

Nous adressons respectueusement à notre cher et savant maître nos plus affectueux compliments. P. S.

HOPITAUX DE PARIS

On lit dans la *Semaine Médicale* :

« Au moment où viennent d'avoir lieu les mutations des chefs de service dans les hôpitaux de Paris, il nous paraît utile d'attirer l'attention sur la situation des médecins aliénistes de l'Assistance publique.

» Actuellement ces médecins se divisent en deux catégories, suivant que leur nomination est antérieure ou postérieure à l'année 1879. Les premiers, qui n'ont pas eu à suhir les épreuves d'un concours et qui ont été nommés directement par arrêté préfectoral, jouissent du privilège de rester en fonctions jusqu'à un âge indéterminé.

» Les seconds, au contraire, qui ont été nommés au concours, sont assimilés, au point de vue de la limite d'âge, aux médecins des hôpitaux, c'est-à-dire qu'ils sont mis à la retraite à soixante-cinq ans.

» Le privilège singulièrement paradoxal dont jouissent les premiers de ces médecins vis-à-vis des seconds ne laisse pas que d'avoir de graves inconvénients. Outre qu'il empêche ceux-ci de passer de Bicêtre à la Salpêtrière à la période de la vie où cette mutation devrait se faire, il recule indéfiniment l'entrée en fonctions des médecins suppléants. Le recrutement de ces mêmes médecins se trouve du même coup compromis, les candidats ne pouvant s'immobiliser dans la perspective d'une carrière dont la porte ne s'ouvre plus. Il y a dix ans, en effet, que les médecins suppléants actuels ont été nommés, et, depuis cette époque, il n'y a plus eu ni concours, ni mutations de chefs de service. Cette situation, si elle se prolongeait, équivaudrait donc à la suppression pure et simple du concours. »

Concours de chirurgie.

Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 15 mars 1897. — Se faire inscrire du 8 au 26 février 1897.

VARIA

Les fantaisies d'un examinateur.

Sous ce titre, le *National* du 27 janvier publie un article où il attribue à une fantaisie du professeur Terrier la remise d'un examen (5e de doctorat, 1re partie) qui aurait dû avoir lieu à la Pitié. M. le professeur Terrier a rectifié les faits par la lettre suivante :

» Paris, le 27 janvier 1897.

» Monsieur,

» Permettez-moi, à propos d'un article où je suis nommé, de rétablir pour vos lecteurs la vérité sur les faits qui se sont passés à la Pitié le lundi 25 janvier.

» A l'heure réglementaire, je suis allé à la Pitié, où j'ai rencontré mes collègues en examen, MM. Humbert et Walther. Ceux-ci, chargés de faire examiner les malades aux élèves candidats, se sont acquittés de leur tâche.

» Le temps arrivé de faire passer l'examen oral je demandai à l'appariteur, chargé par la Faculté de transporter les dossiers des élèves, où se faisait l'examen. Je l'ignorais d'autant plus que c'était la première fois que je faisais passer un examen à la Pitié.

» Or, l'appariteur me répondit qu'il n'en savait rien, car le directeur de l'hôpital n'avait rien préparé pour nous recevoir.

» Je fis mander le directeur de l'hôpital de la Pitié et lui demandai de mettre à notre disposition un endroit clos, chauffé, garni de chaises, d'une table et muni de quoi écrire, pour faire passer l'examen commencé.

» Devant mes deux collègues le directeur me dit que cela ne le regardait pas et qu'il n'y avait rien de prêt pour nous.

» D'un commun accord avec mes deux collègues agrégés, nous avons prévenu les élèves de ce qui arrivait et de l'impossibilité où nous nous trouvions de faire passer l'examen oral.

» De plus, nous nous sommes rendus aussitôt à la Faculté, et j'y ai déposé une plainte adressée au doyen.

» Si, monsieur, vous voyez là les fantaisies d'un examinateur, je n'y vois pour mon compte que l'incurie administrative.

» Recevez l'assurance de ma considération.

« TERRIER. »

NOTES POUR L'INTERNAT (1)

PARALYSIES DU VOILE DU PALAIS

Examen clinique.

La paralysie peut être : *a*) motrice ; *b*) sensitive ; *c*) sensitivo-motrice, comme toutes les paralysies.

a) **Est-elle motrice ?**

Alors elle sera : α totale ; β unilatérale ; γ partielle.

α *Paralysie totale.* — Se diagnostiquera, d'une part, par l'examen des troubles fonctionnels, par, d'autre part, l'examen local du malade :

1° Ces troubles fonctionnels seront : le nasonnement, la

(1) Un retard du graveur nous empêche de continuer cette semaine les « *Rapports du rein* ». Nous profitons de cela pour publier les « *Paralysies du voile du palais* » que plusieurs étudiants nous ont demandées et dont le premier tirage (9 décembre 1893) est épuisé.

gêne de la déglutition, la faiblesse vocale, l'impossibilité de prononcer les explosives, l'impossibilité de souffler, de sucer, de fumer, de se gargariser, etc. ;

2° L'examen local nous montrera le voile du palais immobile et tombant.

β *Paralysie unilatérale*. — Nous avons les mêmes signes, mais d'un seul côté.

γ *Paralysie partielle*. — Ici les symptômes varieront suivant le muscle frappé. Est-ce le muscle palato-staphylin ; nous aurons une déviation de la luette du côté sain, si la paralysie est unilatérale. Si la paralysie est bilatérale, nous verrons la luette tombante chatouiller la base de la langue. Si on la titille, elle reste immobile; nous avons encore, dans ce dernier cas, un nasillement intermittent.

Est-ce le péristaphylin interne : ici nous constaterons la disparition de la voûte dessinée par le voile du palais.

Est-ce le péristaphylin externe : nous aurons un abaissement en masse de tout le voile, la disparition de sa résistance, le reflux du liquide par les fosses nasales, le nasonnement.

Est-ce le pharyngo-staphylin : le mouvement de rideau de ce muscle est aboli, il y a de la gêne de la déglutition, de la dysphagie, pas de nasonnement.

b) **La paralysie est-elle sensitive ?**

On constatera de l'anesthésie, de l'analgésie, la perte du réflexe palatin (toux ou éternuement), la gêne de la déglutition, phénomène réflexe exigeant l'intégrité de la sensibilité.

c) **La paralysie est-elle sensitivo-motrice ?**

Les symptômes sont mêlés. La plupart des paralysies du voile du palais sont des paralysies sensitivo-motrices.

Etiologie ; pathogénie.

On connaît mal les nerfs du voile du palais. Il est donc difficile d'interpréter ces paralysies partielles.

Il n'est pas douteux que c'est au trijumeau que doivent être attribuées les paralysies sensitives.

Il n'est pas douteux que c'est aux lésions du facial qu'il faut attribuer les paralysies du glosso-stapbylin; mais, quant aux muscles qui reçoivent leur innervation du trijumeau ou du glosso-pharyngien, on ignore s'ils reçoivent de ces nerfs une animation directe ou empruntée. Il est donc difficile de donner une interprétation anatomique toujours suffisante des différentes paralysies du voile du palais qui, au point de vue étiologique, peuvent être classées de la façon suivante :

1er *type*. — Les paralysies infectieuses, et avant tout la paralysie diphtérique ;

2° *type*. — Les paralysies médullaires (paralysie glosso-labio-laryngée, atrophie musculaire progressive à la dernière période, etc.);

3° *type*. — Les paralysies névrosiques (paralysie hystérique sensitive);

4° *type*. — Les paralysies dues à la lésion d'un nerf crânien : lésions du facial sur un point de son trajet ; lésions du trijumeau (cancer, exostose de la base du crâne ou du maxillaire supérieur).

5° *type*. — Les paralysies sous-muqueuses (loi de Stokes), dues à un mauvais fonctionnement d'un muscle sous une muqueuse malade. Ainsi apparaît la paralysie du voile du palais après diverses angines ou pharyngites aiguës (non diphtériques). Cette question reste à débattre, car la plupart de ces cas répondent probablement à des erreurs de diagnostic sur la nature de l'angine.

Chacune de ces paralysies est facile à interpréter:

1° Les paralysies du voile du palais dans l'atrophie musculaire progressive et la paralysie labio-glosso-laryngée sont dues à des lésions médullaires. Elles ont une *origine centro-médullaire*.

2° La paralysie consécutive à celle du facial ou du trijumeau a son explication toute trouvée. *Elle est de nature périphérique*.

3° La paralysie hystérique *a une origine dynamique*.

4° Mais comment expliquer la paralysie diphtérique ? Là de nombreuses théories contradictoires ont été mises en avant. Rappelons sommairement les trois principales :

α. — *Ce serait une infection centrale :* Les toxines sécrétées par les bacilles diphtériques, répandues dans l'économie, agiraient sur les centres nerveux et auraient une action plus marquée et plus rapide sur les centres d'innervation du voile du palais que sur les autres.

β. — *Ce serait une infection périphérique :* L'inflammation diphtérique ayant pour effet d'altérer les nerfs sous-jacents.

γ. — Il n'y aurait là qu'une *asthénie simple* succédant à une maladie générale aiguë. Cette théorie n'est plus admise à l'heure actuelle.

Diagnostic différentiel.

Ce diagnostic est facile pour peu qu'on prête attention, mais l'attention peut être détournée par un symptôme pris isolément. Ainsi, le nasonnement peut faire croire à une angine simple ou à un polype naso-pharyngien ; la dysphagie à une œsophagite, à la phtisie laryngée, aux conséquences d'une trachéotomie.

Il faut penser toujours et avant tout quand il n'y a pas une série de symptômes évidents, comme dans la paralysie glosso-labio-laryngée, ou la paralysie faciale, à la *paralysie dipthtéritique*. Il faudra toujours se rappeler que l'angine a pu être légère, même que la diphtérie a pu exister ailleurs (plaie de vésicatoire), même qu'elle peut n'avoir pas eu d'autre manifestation que les paralysies.

Si on ne la trouve pas, étudier et examiner avec soin les os du crâne, de la face, etc. ; et admettre, en dernière analyse, la paralysie hystérique, qui est, comme on le sait, un stigmate de cette affection.

X. Y.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. des ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 6 6 Février 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

CAUSERIE DE L'HOPITAL COCHIN — M. PIERRE SEBILEAU

Comment viennent les ulcères variqueux.

Chaque jour se présentent à notre consultation un ou plusieurs malades atteints d'ulcères variqueux de la jambe. Ces malades ne viennent pas solliciter de moi l'hospitalisation que justifieraient, et au delà, leur mal, leur misère, leur incapacité de travail et l'impossibitité pour eux de guérir autrement que par le repos. Non ; tous sont des résignés qui savent, pour en avoir fait l'expérience, que les portes des salles d'hôpital se ferment devant eux. Ils viennent simplement, ces misérables, demander, non sans quelque crainte, qu'on nettoie et qu'on panse leurs plaies. Puis ils s'en vont, reviennent le lendemain et ne guérissent jamais. Cela est une pitié.

C'est précisément de ces ulcères de jambe que je veux vous parler aujourd'hui en vous montrant comment ils se développent et quelles modifications subit leur morphologie suivant la cause qui les a provoqués.

Il faut, pour cela, que je vous montre quelques-uns de nos malades.

Voici, d'abord, un homme encore jeune, cocher, qui porte sur la région antéro-interne d'une jambe infiltrée et indurée, une vaste ulcération de forme elliptique, à fond gris et irrégulier, limitée par des bords surélevés, biseautés, calleux, et entourée d'une peau rugueuse, adhérente, frappée de dermite hypertrophique. Cet homme, il y a déjà plusieurs mois, fit une chute qui provoqua, au niveau de la crête tibiale, une plaie contuse qui ne se cicatrisa pas : c'est cette plaie qui s'est transformée en ulcère : l'ulcère est ici d'origine traumatique.

Voici maintenant une femme qui présente au milieu du mollet, en avant, en dehors et en dedans, sur un membre maculé de taches noires, plusieurs ulcérations arrondies, dont les unes, encore tout à fait superficielles, simples éraillures épidermiques, sont entourées d'une zone inflammatoire très évidente d'eczéma rouge, dont les autres, plus profondes, mais encore étroites, sont circulaires, limitées par des bords taillés à pic et nettement découpés, dont une dernière, enfin, a dépassé les dimensions d'une pièce de cinq francs, a détruit plus profondément les téguments, s'est indurée, est devenue atone, grisâtre, mais a conservé la découpure circulaire et la netteté de ses bords. C'est d'eczéma qu'il s'agit ici : l'ulcère est d'origine eczémateuse.

Voyez sur ce troisième malade, creusées sur la région postérieure et externe de la jambe, trois ulcérations larges à peine comme une pièce d'un franc, tout à fait arrondies, presque cupuliformes, dont les bords se détachent comme s'ils avaient été tranchés à l'emporte-pièce. Autour de ces ulcérations, constatez encore trois lésions importantes : ici, deux croûtes sèches, rondes, grises ; là, quelques pustules blanchâtres sous lesquelles le pus transparaît, prêtes à évacuer leur contenu ; plus bas, enfin, au-dessus des malléoles, quelques plaques cicatricielles arrondies, lisses, mobiles : en voici qui sont violacées,

comme des cicatrices récentes : d'autres qui sont brunes, — car elles sont déjà anciennes, — très pigmentées à la périphérie et partiellement décolorées vers le centre. C'est d'ecthyma qu'il s'agit ici : les ulcérations sont d'origine ecthymateuse.

Enfin, ne reconnaissez-vous pas. sur cette jambe dure, frappée d'œdème et de lymphangite chroniques, avec sa dermite hypertrophique et sa pigmentation multiple, ne reconnaissez-vous pas, dis-je, sur cette jambe qui est bien le modèle de la jambe variqueuse, le caractère syphilitique de ces ulcères à bords décollés et violacés. dont le fond est, pour les uns, grisâtre et nécrosé, pour les autres bourgeonnant et fongueux, de ces ulcères qui, produits par le ramollissement de gommes cutanées, sont séparés par des îlots d'une peau saine que ne caractérise même pas, dans l'espèce, une coloration jambonnée spéciale ?

Tous ces malades sont, en réalité, atteints d'ulcères variqueux : chez tous, ce sont les varices et les varices seules qu'il faut rendre responsables du caractère envahissant ou atone de la plaie ; mais la cause occasionnelle n'a pas été la même chez les uns et chez les autres. Ces exemples suffisent, je pense, pour que vous soyez maintenant en mesure de comprendre la pathogénie des différentes formes d'ulcères variqueux.

Pour qu'un ulcère se produise, trois conditions sont nécessaires : 1° il faut. d'abord, qu'il y ait une plaie : 2° il faut, ensuite, que cette plaie soit infectée ; 3° il faut, enfin, que la région où siège celle-ci soit frappée de troubles trophiques ayant altéré la vitalité des téguments.

1° De la plaie. — L'examen des quatre malades dont je viens de vous montrer les lésions vous a édifiés, sans doute, sur les différents modes suivant lesquels la solution de continuité des téguments se produit. Résumons-les.

Ici, il faut incriminer le traumatisme : une contusion violente avec sphacèle ultérieur de la peau ; le plus souvent une plaie contuse.

Là, il faut accuser les veines : c'est quelquefois la rupture spontanée d'une ampoule veineuse : c'est, en d'autres cas, la suppuration d'un foyer de phlébite variqueuse dont le pus se fait naturellement jour au travers des téguments ou bien est évacué par l'intervention du chirurgien.

Ailleurs, enfin, c'est aux lésions cutanées qu'il faut s'en prendre. Sur ce malade, ce sont des vésicules d'eczéma aigu et suintant qui se creusent en petites ulcérations cupuliformes ; sur cet autre, ce sont les fissures de l'eczéma sec à larges squames qui s'agrandissent ; chez ce dernier, enfin, ce sont les excoriations que le grattage provoque à la longue sur une peau atteinte d'eczéma sec. Quelquefois ce sont des pustules d'ecthyma qui crèvent, formant plaie quand la mince escharre de leur fond se détache, ou encore une petite croûte de rupia qui tombe, mettant à découvert des bourgeons charnus. Dans son remarquable travail inaugural, mon ami Broca a décrit tout cela en termes parfaits (1).

Sur d'autres malades, enfin, se développe une gomme syphilitique qui subit la nécrose et dont le bourbillon s'élimine : ainsi naît l'ulcère mixte.

Traumatisme, lésions des ampoules variqueuses, altérations cutanées (furoncles, eczéma, ecthyma, rupia), néoplasies syphilitiques, voilà à l'occasion de quoi se développent les solutions de continuité qui, infectées, vont se transformer en ulcères.

2° De l'infection de la plaie. — Il ne peut être douteux pour personne — quoique nos auteurs soient muets sur ce point — que l'infection joue un grand rôle dans la pathogénie de l'ulcère variqueux. Si les gens du monde, chez lesquels sévit la dilatation variqueuse, sont rarement affectés d'ulcères, cela tient non seulement à ce qu'ils échappent par leur profession sédentaire aux traumatismes, mais encore et surtout aux soins de propreté qu'ils prennent de leur personne. Les bains où ils se lavent, le linge blanc qu'ils portent, la propreté ordinaire des mains dans laquelle ils se complaisent font que chez eux les excoriations et les plaies produites par les différentes lésions cutanées et par le grattage subissent une cicatrisation presque régulière, simplement retardée. C'est parce que je suis pénétré de cette idée que l'action mécanique des ongles et l'infection qui en est la conséquence jouent un rôle important dans la pathogénie des ulcères variqueux que vous m'avez souvent entendu dire quelque mal du bas à varices.

Je crois que le bas élastique, quand il est fait de tissu fin, souple et doux, quand il s'adapte exactement aux dimensions du membre, qu'il est seulement porté de temps à autre et d'une façon intermittente par le malade, aux moments où les varices gonflées provoquent de la douleur, de la lassitude musculaire et des crampes ; je crois, dis-je, que dans ces conditions, le bas élastique peut soulager quel-

(1) A. Broca : *Etude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux.* Chez Steinheil, Paris, 1886.

ques variqueux; mais en dehors de cela, je n'en conseille pas l'usage à mes malades, et voici pourquoi : c'est, d'abord, que la plupart de ces appareils (ceux en particulier que portent nos malades des consultations hospitalières) sont faits d'un tissu dur, épais, rigide, auquel les patients ne s'habituent pas sans difficulté : c'est, ensuite, qu'ils sont tout à fait intolérables dans les premiers jours si leurs dimensions sont un peu justes ou, par la suite, tout à fait inutiles si, quand ils sont neufs, ils s'adaptent exactement au volume du membre; c'est, enfin et surtout, qu'ils s'opposent à l'évaporation cutanée, qu'ils laissent ainsi les téguments macérer souvent dans leurs propres sécrétions, qu'ils ne tardent pas à provoquer les démangeaisons et le grattage, et qu'en résumé, souillés par la poussière, la sueur, le sébum, ils deviennent des objets véritablement dégoûtants sur lesquels s'épanouit une riche flore bactérienne et qui sont bien propres à infecter toute solution de continuité des téguments qu'ils recouvrent.

3° *Des troubles trophiques.* — Des troubles trophiques dont souffrent les membres atteints de varices, je ne veux rien vous dire, car vous en pouvez trouver la description dans tous vos livres : l'œdème, le phlegmon chronique, la transformation ligneuse du tissu cellulaire, l'état verruqueux de l'épiderme, l'hypertrophie pachydermique, l'apparition et le mélange des diverses dermatoses que je vous ai énumérées déjà, les modifications thermiques et sudorales, la poussée irrégulière et abondante des poils et des ongles, la néoplasie périostale du tibia, tout cela vous le connaissez déjà pour l'avoir lu dans vos classiques et l'avoir constaté chez nombre de nos malades.

Ainsi se développent les ulcères variqueux : vous devrez avoir ces notions présentes à l'esprit le jour où nous étudierons ensemble le traitement qui convient à cette désespérante maladie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 février. — Présidence de M. Delens.

Chirurgie du foie.

M. Michaux. — M. Tuffier nous a dit dans l'avant-dernière séance (voir *Gazette Médicale*, n° 4, 1897, p. 40) que le fait de constater, au cours de la laparotomie exploratrice, l'existence de ganglions tuméfiés au niveau du hile du foie constituait pour lui un signe de haute valeur dans le diagnostic des tumeurs cancéreuses de cet organe. Je ne puis partager entièrement l'opinion de M. Tuffier, et voici deux cas à l'appui de mon affirmation.

a) J'ai opéré, au mois de juin dernier, un homme âgé de trente-cinq ans, qui présentait un foie volumineux avec toutes les apparences d'un kyste hydatique. J'ai fait la laparotomie exploratrice au niveau du bord externe du grand droit de l'abdomen. Le lobe droit du foie était particulièrement saillant. Il présentait, çà et là, sur la surface, des taches de coloration plus foncée que la coloration du foie normale. Nulle part, je n'ai trouvé, sur ce lobe droit, de traces de tumeur hydatique ni de tumeurs carcinomateuse. J'ai alors exploré la face inférieure du foie. J'ai trouvé au niveau du bord supérieur du pancréas une masse de trois ou quatre ganglions durs et paraissant comprimer légèrement le cholédoque. L'idée ne m'est pas venue d'extirper l'un de ces ganglions pour en faire l'examen histologique. J'ai d'abord regretté de ne pas l'avoir fait. Mais, ainsi que vous allez vous en rendre compte, l'avenir m'a enlevé tous mes regrets. J'ai, en effet, revu mon malade, récemment. Il se porte aussi bien que possible. Il est donc très probable qu'il n'est pas atteint d'un cancer du foie, mais que l'on peut rapporter l'hypertrophie des ganglions que j'avais constatée à l'évolution d'une cirrhose au début. Ce malade est charbonnier, il boit chaque jour « un certain nombre de petits verres » et ces conditions étiologiques me semblent vérifier le diagnostic que j'ai porté sur son cas.

b) Une femme, toute jeune, présentant au niveau de l'hypochondre droit une saillie manifeste du lobe droit du foie. Et, ici encore, on était tenté de croire à un kyste hydatique. J'ai, de nouveau, pratiqué une laparotomie exploratrice. J'ai constaté au niveau de la face inférieure du foie deux ou trois noyaux blanchâtres analogues à ceux que donneraient, en cas de cancer, les ganglions du hile du foie. Cependant, un cas de cancer chez cette femme, qui n'avait que 24 ans, paraissait fort douteux. Cette constatation a été faite il y a quatre ans. J'ai, depuis, revu la malade; son état de santé était très satisfaisant et je ne crois pas qu'elle soit atteinte d'un cancer du foie.

Si donc ces deux observations contredisent l'opinion de M. Tuffier, ils n'en viennent pas moins corroborer ce que M. Tuffier nous a dit de la difficulté du diagnostic des tumeurs du foie, difficulté qui existe même lorsqu'on fait l'examen du foie à l'œil nu.

J'ajouterai quelques mots à propos du traitement des tumeurs du foie. J'ai souvent fait la laparotomie exploratrice pour des tumeurs analogues de cet organe. Or, je considère qu'il est très périlleux d'opérer ces carcinomateux et je pense qu'il faut user de la plus grande circonspection dans ce genre d'opérations. Ces malades résistent mal à toutes sortes d'interventions. De tous ceux que j'ai eu à examiner dans ces conditions, pas un seul ne m'a semblé pouvoir bénéficier d'une opération.

Il me paraît enfin que les recherches très intéressantes que M. Auvray nous a communiquées ont surtout leur utilité pratique dans l'hémostase du foie à la suite des plaies, blessures et traumatismes divers subis par le foie, mais non encore au point de vue de l'ablation des grosses tumeurs hépatiques.

M. Ricard. — Je vous ai récemment (voir *Gazette Médicale*, n° 3, 1897) communiqué le cas d'une tumeur maligne du foie, donnant l'illusion d'un kyste hydatique, mais qui était bien en réalité une tumeur vasculaire. Vous vous rappelez les accidents qui ont accompagné la simple ponction de cette tumeur. Vous vous rappelez aussi que j'ai rapproché le cas dont je vous ai parlé d'un cas semblable que m'avait signalé M. Terrier. M. Terrier a bien voulu compléter les renseignements qu'il m'avait donnés oralement sur son malade et je vais vous lire le résumé de cette observation.

Il s'agit d'un homme de 57 ans. Par la laparotomie exploratrice, M. Terrier a trouvé, chez ce malade, un foie bosselé renfermant une tumeur liquide. Une ponction a été faite dans cette tumeur avec un trocart moyen. Quelques gouttes de sang sont sorties par la canule, mais lorsque le trocart a été complètement retiré, il s'est produit un jet de sang artériel que M. Terrier a pu facilement réprimer par compression. Le malade est mort le lendemain. L'autopsie a été pratiquée par M. le docteur Mignot, alors interne de M. Terrier. Il y avait un épanchement de sang intra-péritonéal.

Il s'agissait donc bien là d'une tumeur vasculaire du foie. On a attribué la mort à ce fait que la ponction avait été pratiquée avec un trocart trop volumineux. Il faudrait, en pareil cas, dit M. Terrier, ponctionner avec un trocart très fin et toucher ensuite le point où la piqûre a été faite avec la pointe du thermocautère.

M. Broca. — Je désire renchérir sur ce qu'a dit M. Ricard dans l'une des dernières séances.

Chez un homme de 57 ans, j'ai vu une tumeur de l'hypochondre droit régulière, non bosselée, donnant encore tout lieu de penser à un kyste hydatique. Je l'ai ponctionnée. Il est sorti du sang. Le diagnostic de carcinôme était évident : quelques jours plus tard le malade est mort, et il est mort d'hémorrhagie post-opératoire. J'avais cependant fait la ponction avec une simple aiguille de l'appareil Potain.

J'en conclus que la ponction, en pareil cas, est beaucoup plus dangereuse que la laparotomie exploratrice. Au moins celle-ci permet de voir et de traiter les accidents d'hémorrhagie s'il s'en produit, ainsi que cela m'est récemment arrivé pour un sarcôme du foie.

Chirurgie du poumon.

M. Tuffier. — Dans une précédente séance, M. Quénu nous a détaillé les intéressantes études expérimentales qu'il a faites avec M. Longuet dans le but d'éviter le pneumothorax chirurgical à la suite de l'incision du feuillet pariétal de la plèvre.

J'ai étudié cette question parallèlement à MM. Quénu et Longuet et je suis arrivé à des conclusions identiques, mais je prends soin de dire que toutes ces conclusions sont purement expérimentales.

Je parlerais donc uniquement de ces faits expérimentaux si, depuis un an, époque à laquelle a été discutée ici la question de la chirurgie du poumon, il n'avait été publié certains faits capables de faire avancer la discussion.

J'ai soutenu, l'an dernier, que la pleurotomie faite dans le but d'explorer le poumon avait bien certaines indications, mais qu'elle ne répondait pas à tous les cas. Depuis, j'ai rapporté une observation où le décollement pleuro-pariétal est resté insuffisant. D'autre part, M. Lejars a fait deux fois le décollement de la plèvre pariétale sans accident, et M. Brun, chez les enfants, a eu deux succès semblables. On ne saurait donc conclure que le procédé préconisé par moi à la fin de l'année 1895 soit un procédé à rejeter.

Dans le cas personnel dont je vous parlais tout à l'heure, les difficultés du décollement étaient particulières. Il s'est produit un pneumothorax par ma faute. J'ai alors incisé la plèvre et j'ai pu me convaincre que cette incision de la plèvre n'était pas inoffensive. Son innocuité n'existe que lorsqu'il existe antérieurement des adhérences de la plèvre, limitant le pneumothorax.

Je déclare que l'incision de la plèvre provoque chez le malade un état de suffocation qui est loin de rassurer l'opérateur. Elle a, en outre, toujours par l'introduction de l'air dans la plèvre, le grand inconvénient de changer les rapports, avec la paroi, du poumon que l'on veut explorer par cette incision.

Vous savez, en effet, qu'à l'autopsie, si l'on incise la plèvre, il se produit un retrait de la base du poumon beaucoup plus marqué que la rétraction du sommet du poumon. Sur cinq cadavres, dans ces conditions, j'ai noté que la base du poumon qui, dans l'expiration de l'individu vivant, ne s'élève pas au delà du neuvième espace intercostal, s'élevait ici jusqu'au sixième espace intercostal. Vous comprendrez, dès lors, que chez mon opéré je n'aie pas pu explorer le poumon par une incision de la plèvre faite au niveau de la neuvième côte. J'ai donc pensé qu'il y avait avantage à ce que le poumon restât fixé à la paroi thoracique et conservât avec elle ses rapports normaux au cours de l'incision pleurale faite dans le but d'explorer le poumon. J'ai pensé aussi qu'il y avait intérêt à ne pas produire de pneumothorax chirurgical dans cette opération.

C'est dans ces idées-là que j'ai continué mes études expérimentales sur la chirurgie du poumon. Je crois qu'en tubant le larynx, comme je l'ai fait chez les animaux, et en augmentant la pression de l'air intra-bronchique, on peut maintenir la surface du poumon en rapport avec la paroi costale, au cours de l'incision de la plèvre, et cela sans provoquer d'accident chez l'animal.

M. Hallion, avec la collaboration duquel j'ai fait mes

expériences, a étudié, dans ces conditions, la circulation pulmonaire et la circulation générale et il a vu qu'elles n'étaient nullement gênées par l'insufflation du poumon.

Restent les dangers courus par le larynx. Mais nous n'en avons observé aucun sur nos animaux. Il est donc probable qu'il en sera ainsi chez l'homme. Vous savez, d'ailleurs, avec quelle facilité, avec quelle fréquence on fait aujourd'hui les intubations du larynx.

Malgré tout ce que je viens de dire à propos de mes recherches expérimentales sur l'incision de la plèvre, j'ai soin d'ajouter que, en pratique, je ne crois pas qu'il faille être trop exclusif pour l'une des différentes méthodes aujourd'hui préconisées dans le but d'explorer chirurgicalement le poumon.

Je crois qu'il y a des cas où le décollement de la plèvre peut être fait avec succès. Il y a des faits à l'appui de cette thèse.

Je crois, d'autre part, qu'il y a des cas relevant manifestement de la pleurotomie sans crainte de produire un pneumothorax en raison des adhérences pleurales préexistantes. Je crois, enfin, que dans tous les autres cas, si l'on veut faire l'incision de la plèvre, on aura grand aventage à élever la pression intra-bronchique, dans le but de conserver les rapports du poumon avec la paroi et d'éviter le pneumothorax.

M. Bazy. — M. Tuffier a jugé à propos de ne pas me citer dans sa discussion. Je pense néanmoins que c'est à moi que s'adressait le côté clinique de son exposé. J'en laisserai donc de côté, aujourd'hui, la partie expérimentale.

Je n'ai jamais nié la difficulté du décollement de la plèvre. Mais j'ai nié la possibilité de faire une exploration du poumon avec ce décollement.

Je regrette de n'avoir pas connu les observations de MM. Lejars et Brun. J'en aurais certainement tenu compte si j'en avais eu connaissance.

L'autre jour, j'ai évité de discuter l'observation de M. Tuffier. Je n'ai fait qu'y prendre ce qui paraissait venir à l'appui de la théorie que je défends sur l'innocuité de l'incision de la plèvre. Or, il me semble bien démontré, d'après ce que j'ai lu, que M. Tuffier n'a pas pu reconnaître par le décollement, avant l'ouverture de la plèvre, une tumeur du poumon du volume d'un œuf de poule.

D'autre part, M. Terrier ne dit-il pas à plusieurs reprises, dans sa leçon, que M. Tuffier a déchiré la plèvre en voulant la décoller, et qu'il ne s'est pas produit de pneumothorax?

Enfin, je n'ai jamais parlé d'incision large de la plèvre. C'est pour cela que je n'ai pas pu prendre à mon profit l'observation de M. Tuffier, puisque ce n'est qu'au moment où il a fait l'incision large de la plèvre que le pneumothorax s'est produit.

M. Tuffier. — Quand j'ai parlé d'incision large, c'est au cas de M. Ricard que j'ai fait allusion.

En ce qui concerne l'observation que j'ai rapportée, dont a parlé M. Terrier et sur laquelle M. Bazy revient si souvent, je dois dire qu'il s'agissait d'une incision faite au niveau du bord inférieur de la douzième côte. Le cul-de-sac pleural s'est ouvert à ce niveau. Il s'est produit un pneumothorax très limité. A peine quelques bulles d'air ont-elles pénétré. Cela ne saurait évidemment constituer un danger. Le danger n'existe qu'avec l'incision large. Tout ce que je puis dire enfin, c'est que la quantité d'air qui a pénétré dans la plèvre m'a complètement empêché d'explorer le poumon par l'incision pleurale.

Présentation de malades.

M. Berger. — Voici une jeune fille de 20 ans. En naissant, sa mère m'a dit qu'elle avait présenté sur le côté droit du cou une grosseur qui avait disparu le lendemain de sa naissance et qui s'était reproduite jusqu'à l'âge de 6 ans avec des alternatives de réplétion et d'évacuation.

A 6 ans, cette jeune fille a eu une fièvre typhoïde. Au cours de cette maladie, la tumeur s'est reproduite au niveau du bord du sterno-mastoïdien. Il en sortait parfois du liquide, d'autres fois rien ne sortait. Aujourd'hui, voici ce que l'on voit :

Cette jeune fille a le cou très bien fait. Mais en cherchant avec soin, on voit au niveau du bord interne du sterno-mastoïdien, dans les régions inférieures du cou, un orifice à peine visible et l'on sent, partant de ce point, un petit cordon qui va profondément en contournant le bord interne du sterno-mastoïdien. Par la pression, depuis douze jours que cette malade est dans mon service, j'ai pu faire sourdre une goutte d'un liquide muco-purulent. Ce liquide a été examiné, il ne contenait que du mucopus.

M. Gouguenheim a vu cette malade avec soin dans le but de découvrir au niveau du pharynx un orifice interne à cette fistule. Il n'a rien trouvé.

Néanmoins, il s'agit bien ici d'une fistule branchiale dont il ne reste presque rien.

Y a-t-il une indication chirurgicale au cas que je vous présente? Je pense que non. Cette jeune fille a le cou fort joli et fort bien fait, sa fistule est imperceptible. Je crois qu'il y a intérêt à ne pas en rechercher l'extirpation et à ne pas lui faire courir les risques d'une cicatrice, dont on ne peut à l'avance fixer l'étendue, en pareil cas. Je suis même d'avis de ne pas la cathétériser.

M. Bazy. — J'ai vu un jeune homme de 21 ans qui avait une fistule du cou située un peu plus bas que celle dont M. Berger vient de nous montrer un exemple. Jamais ce jeune homme n'avait présenté de tumeur. Un stylet mis dans la fistule remontait jusqu'au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. J'ai donné, ici, le même conseil que M. Berger. Je crois que le stylet passait en arrière de la carotide.

M. Routier. — Comme MM. Bazy et Berger, je suis très ennemi de l'intervention sanglante en pareil cas.

Mais je proteste contre la facilité avec laquelle M. Berger rejette l'électrolyse dans le traitement des fistules du cou. Je me souviens, étant interne de Lefort, d'avoir vu obtenir de beaux résultats par cette thérapeutique.

M. Berger. — Je connais les résultats obtenus par Lefort. Mais depuis, je n'ai pu obtenir de semblables succès, et c'est pour cela que je rejette aujourd'hui l'électrolyse. Il est très vrai, comme l'indique M. Bazy, que la fistule branchiale passe entre la carotide interne et la carotide externe. Cette situation est liée au développement même du cou et est pour ainsi dire normale.

M. Ricard. — Une jeune fille avait une fistule dans la région sus-hyoïdienne. Il en sortait quelques gouttes de liquide filant, et il en partait un cordon qui se dirigeait en bas vers la poignée du sternum.

J'ai d'abord fait la résection de ce cordon qui avait 8 ou 10 centimètres de long. La fistule est revenue. J'ai procédé à une nouvelle extirpation, et il y a eu une nouvelle récidive. J'ai opéré de nouveau.

Au cours de ma dernière opération, j'ai trouvé un petit orifice fistuleux derrière l'os hyoïde. J'ai introduit dans cet orifice une sonde qui a pénétré dans une poche étendue jusqu'au niveau de la colonne vertébrale. Il y avait même un prolongement très long et très profond qui passait derrière le larynx.

Alors je me suis contenté de gratter l'intérieur de cette poche, j'en ai badigeonné la surface avec du chlorure de zinc et j'ai été véritablement surpris d'obtenir une guérison parfaite sans récidive.

M. Berger présente la photographie par rayons X d'une luxation irréductible du coude dans laquelle on voit très nettement que l'apophyse coronoïde est logée dans la cavité olécrânienne et dans laquelle il ne paraît pas y avoir d'interposition entre les deux os.

M. Reclus présente une malade qu'il a opérée d'un sarcôme du membre inférieur par résection partielle sans désarticulation. Le sarcôme siégeait au niveau du cou-de-pied et semblait avoir son point d'implantation au niveau de la malléole interne. La malade se refusait à toute intervention sacrifiant le pied. Je lui ai donc promis de ne pas pratiquer l'ablation du pied.

Au cours de l'opération, j'ai vu que le sarcôme n'adhérait pas aux parties voisines, sauf au niveau de l'astragale, d'où il semblait partir, et j'ai alors borné mon opération à la résection de cet os avec extirpation de la tumeur.

Ma malade est aujourd'hui guérie sans récidive depuis quatre mois.

Je me souviens qu'il y a trois ans j'ai opéré un gros sarcôme du condyle interne du fémur en faisant sauter ce condyle et le malade a parfaitement guéri.

Les opérations partielles dans les sarcômes des membres ont donc quelques chances de succès et elles ont l'immense avantage de conserver le membre du malade.

M. Schwartz cite un cas analogue au second cas de M. Reclus et qui est opéré depuis deux ans. C'était un sarcôme à myéloplasies.

M. Lejars cite le cas d'un sarcôme de l'extrémité supérieure de l'humérus pour lequel il fait la résection et non la désarticulation de l'épaule. La guérison date de cinq ans.

M. Reclus. — Ce sont là des cas heureux. Il y a malheureusement quelques insuccès qu'il ne faut pas oublier. Tel est le cas de cet étudiant roumain que j'ai opéré par résection partielle, il y a trois ans, pour un sarcôme, qui a récidivé peu de temps après.

M. Chaput, au nom de **M. Lafourcade** (de Bayonne), a remis à la Société un travail qui a pour titre : *Fracture simultanée des deux rotules*.

M. Chaput est nommé rapporteur de ce travail.

M. Brun a remis à la Société un ouvrage de **M. Lorenz** (de Vienne), traduit en français par **M. Cottet**, interne des hôpitaux. Cet ouvrage a pour titre : *Pathogénie et traitement des luxations congénitales de la hanche.*

M. Boisseau du Rocher, au cours de la séance, a lu un travail sur le *traitement par l'électrolyse de certaines affections de l'utérus*. M. Reynier est nommé rapporteur.

JEAN PETIT.

LES LIVRES

LETTRES BIBLIOGRAPHIQUES ET CRITIQUES (1)

A. DALLA ROSA et TOLNT : **Anatomischer Atlas für Studirende und Aerzte.** — W. HIS et SPALTEHOLZ : **Handatlas der Anatomia des Menschen.** — J. HENLE : **Anatomischer Hand-Atlas**, publié par J.-F. MERKEL.

On commence à comprendre en Angleterre, en Amérique, voire même en Allemagne, où l'incontinence d'écriture constitue d'ordinaire un péché mignon, que les traités compacts en quatre ou cinq volumes, d'une lecture toujours pénible, sont en même temps d'une utilité contestable.

Il y a plus de vingt ans qu'HEITZMANN tenta de remonter le courant et les sept ou huit éditions de son *Anatomischer Atlas* ne sont pas pour infirmer, bien au contraire, la thèse que nous soutenons ici. En dépit de ses défauts, et ils sont nombreux, malgré son allure trop schématique, ce volume a rencontré, outre-mer comme outre-Rhin, un accueil significatif. On a soif de simplicité et d'harmonie ; l'im-

(1) M. GEORGES DEVY, collaborateur déjà ancien de la *Gazette Médicale*, qui joint, ainsi que chacun sait, à son talent de dessinateur une indiscutable compétence en anatomie, fera désormais les analyses des livres nouveaux d'anatomie dont il avait un moment abandonné la charge. P. S.

mense succès qu'a remporté cet atlas, défectueux sous tant de rapports, ne permet pas d'en douter.

Depuis HEITZMANN, plusieurs anatomistes, et des plus qualifiés, se sont engagés dans une voie parallèle. Sous le titre heureux de *Dissections illustrated*, GORDON BRODIE nous donnait, en 1892, une série de planches dont l'exécution paraîtra sans contredit un peu fruste et inégale, mais qui, au point de vue didactique, n'én constituent pas moins un sérieux progrès. La *Gazette Médicale* a d'ailleurs rendu compte, en temps voulu, du premier fascicule. L'ouvrage est aujourd'hui complet. Rien à ajouter au jugement que nous en portions naguère.

L'an dernier, c'était J.-F. MERKEL, le gendre de HENLE, qui colligeait en six livraisons les dessins de son illustre beau-père. Pour employer le cliché connu, l'éloge de ces excellentes figures n'est plus à faire. Certaines d'entre elles eussent pourtant gagné à être revisées soigneusement. La tâche était facile et, mieux que personne, l'éminent professeur de Gœttingue pouvait conduire à bien les corrections nécessaires. En France comme en Allemagne, chacun en eût tiré profit. Le plus original de nos anatomistes se fût gardé d'acclimater chez nous certaines innovations malencontreuses qui n'auraient jamais dû franchir la frontière. Sans l'erreur commise par HENLE, nous ne verrions pas dans certaine *Angeiologie* le Pyramidal envahir la cavité ancyroïde du fémur. Comme jadis, ce muscle continuerait à s'attacher au bord supérieur du grand trochanter.

Mais revenons à nos moutons.

Voici maintenant qu'on nous adresse de Leipsick les premiers fascicules de deux nouveaux atlas. L'un et l'autre se réclament de noms célèbres. Le plus luxueux, qui réunit sur sa couverture les signatures de HIS et de SPALTEHOLZ, nous semble, à tous égards, un chef-d'œuvre. Les planches, tirées en chromophototypie, sont supérieurement dessinées et, ce qui vaut mieux encore, exactes dans la mesure du possible. D'autre part, leur format (grand in-8°) n'excède pas les dimensions utiles et le prix, modeste, n'est pas pour effrayer une bourse d'étudiant.

D'aspect plus sévère et moins prodigue de couleurs, le recueil des professeurs TOLDT et DALLA ROSA supporte le parallèle sans aucun désavantage.

Les bonnes figures y abondent. Citons, en particulier, celles qui ont trait à l'évolution du squelette. Le lecteur y trouvera, pour chaque os, déroulés en tableaux synoptiques, les principaux stades du développement ; on suit graduellement l'organe depuis l'apparition des noyaux primitifs jusqu'à la fin du processus ossificateur.

Il est clair que des gravures multipliées, choisies avec discernement, disposées en ordre logique, commentées par un texte concis et judicieusement mis au point, sont autrement instructives et servent mieux la cause de l'enseignement que ces interminables descriptions qu'une critique bruyante, trop malavisée pour ne pas être partiale, voudrait nous imposer comme le dernier cri de la science.

J'imagine que les débutants échangeraient volontiers tout le fatras dont on prétend encombrer leurs cervelles pour un manuel limpide et bien digéré, adéquat à leurs besoins, pour un guide capable d'éclairer les dissections. Ils n'ont que faire des discussions vétilleuses, des revendications sans portée, des polémiques à perte de vue, de tous ces hors-d'œuvre fastidieux où se complaît la gloriole des maîtres sans profit aucun pour l'élève.

Certains auteurs, soi-disant classiques, soucieux avant toute chose d'étaler une érudition d'aussi fraîche date que de piètre aloi, oublient trop volontiers que les livres sont faits pour les lecteurs, non point les lecteurs pour les livres. Combien, parmi ceux qui ont charge d'enseigner, pourraient encourir pareil reproche ! Pensez-vous qu'il soit nécessaire de consacrer au péritoine et à ses fossettes TREIZE longues séances (je dis TREIZE) comme faisait naguère dans les pavillons tel prosecteur dont je tairai le nom ?

Le mal d'ailleurs date de loin. Tout nous incite à croire qu'au moment où fut publié son magnifique atlas, BONAMY avait déjà conscience du tort que cause à l'anatomie la déliquescence de certaines plumes. C'est évidemment dans les légendes de son livre, si courtes et si substantielles à la fois, qu'HEITZMANN et ses émules ont puisé l'idée d'une réforme à laquelle nous applaudissons des deux mains. Les fascicules allemands que nous venons de parcourir, sans être une copie servile de BONAMY, se sont à coup sûr, et pour le plan notamment, inspirés du modèle français. Que, malgré tous ses mérites, celui-ci demeure, à l'heure actuelle, un peu arriéré et sensiblement dépassé, qu'il ne réponde plus exactement à tous les *desiderata* de l'enseignement moderne, que son prix (la question de gros sous n'est pas indifférente) excède les ressources de la majorité des étudiants, nous en tombons d'accord, mais la comparaison avec les ouvrages nouveaux venus ne saurait diminuer ni la portée didactique, ni la valeur scientifique d'un livre qui fit époque. L'étranger a suivi les nôtres dans la voie qu'ils ont tracée. BONAMY et son continuateur BROCA ont été les initiateurs. Au reste, si leur œuvre a ses imperfections, si l'on y peut regretter quelques lacunes, ces taches légères sont de celles qui s'effacent aisément. Il suffira, j'en suis convaincu, d'appeler sur ce point l'attention de qui de droit.

M. Georges Masson est un éditeur trop intelligent, son dévouement aux intérêts de la science et de l'en-

seignement est trop connu, pour que sa maison hésite à prendre les mesures qui conviennent. Il s'agit de soutenir l'honneur du pavillon et de conserver notre avance. Le pays qui a produit le Bourgery, à qui le monde savant doit l'Hirschfeld, le Cruveilhier, le Rayer et tant de glorieux monuments, ne saurait abdiquer en matière d'iconographie anatomique.

Georges Deyy.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DES MEMBRES

Conservation du pied dans les cas d'ostéomyélite du tibia propagée à l'astragale et autres os du tarse.

M. Ollier *(Revue de Chirurgie*, 1896, n° 8, p. 573, et *Presse Médicale*, n° 6, p. 35, 1897) démontre qu'après des pertes de substance très étendue, portant à la fois sur l'astragale et le tibia correspondant et intéressant même le calcanéum, on peut parfois conserver des membres, à la fois assez solides et mobiles, avec leur forme régulière et un fonctionnement assez complet pour éviter la claudication et permettre la marche sans le secours d'aucun appareil.

M. Ollier déclare cependant que le résultat orthopédique et fonctionnel est subordonné au degré de régénération de l'os enlevé et que, par suite, ce n'est que dans la jeunesse que la conservation du pied offrira de réels avantages. Dans la vieillesse il n'y a que l'amputation à proposer pour les suppurations ostéo-articulaires; dans l'âge adulte, on pourra peut-être conserver, parfois, un membre assez solide pour fonctionner utilement, mais le plus souvent avec un appareil de soutien.

Chez l'enfant, le seul véritable inconvénient sera l'accroissement disproportionné du péroné en longueur, par rapport à celui du tibia. On a trois moyens à opposer à cet accroissement du péroné : la résection de la malléole, la chondrectomie orthopédique, c'est-à-dire l'excision de son cartilage de conjugaison inférieur; enfin, la résection de la partie inférieure de la diaphyse sans toucher au cartilage de conjugaison ni à la malléole. Ces trois moyens suffiront pour toutes les éventualités et on peut y recourir successivement, selon que le tibia restera plus ou moins en retard. Naturellement, les résections ou ablations complexes des os du pied et de la jambe ne donneront de bons résultats orthopédiques et fonctionnels qu'avec l'application rigoureuse des règles de la méthode sous-périostée. Mais ce qui, suivant Ollier, doit dominer, dans ces ablations d'os atteints d'ostéomyélite, qui paraissent les seules rationnelles au point de vue de l'arrêt de l'infection et qui sont d'autant plus efficaces qu'elles sont largement pratiquées, c'est un esprit d'économie et l'idée de ne sacrifier, dans certaines régions, que ce qui est absolument indispensable pour la désinfection des foyers purulents et l'arrêt des accidents septiques.

Sarcômes du membre inférieur.

Deux cas de sarcôme du membre inférieur ont été dernièrement communiqués à la Société des Sciences médicales de Lyon par **M. Planchu** (*Province médicale* du 30 janvier 1897, p. 56) : l'un était un sarcôme des parties molles de la cuisse, pour lequel M. Jaboulay a pratiqué l'énucléation ; l'autre était un sarcôme des parties molles du creux poplité, caractérisé par ce fait que le nerf sciatique poplité externe se perdait dans la tumeur. Le nerf a pu être disséqué et dégagé : la tumeur a été énucléée par M. Jaboulay, comme dans le cas précédent. L'énucléation paraît donc être la méthode de choix dans le sarcôme des parties molles qui épargne l'os. On évite ainsi une désarticulation du membre que souvent les malades refusent.

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement des métrites.

Dans une clinique publiée par la *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie* et rapportée par la *Gazette médicale de Liège* (n° 18. p. 209, 1897), **M. Touvenaint** a étudié le traitement des métrites. Il recommande tout d'abord la prophylaxie la plus rigoureuse à la fois contre l'infection puerpérale et la blennorrhagie, ces deux grandes causes des infections de la matrice.

Il étudie ensuite le traitement qu'il convient d'appliquer à la métrite aiguë et à la métrite chronique.

Contre la *métrite aiguë* qui succède le plus souvent à l'accouchement ou bien à l'avortement, l'auteur conseille d'employer le curettage immédiat suivi d'injections intra-utérines. Il le préfère aux injections intra-utérines continues généralement employées par les accoucheurs. On a soin d'ajouter à ce traitement local la quinine, les laxatifs doux et, au besoin, la vessie de glace sur le bas-ventre.

Quant à la *métrite chronique*, elle peut bénéficier de différentes méthodes thérapeutiques. On peut d'abord avoir recours aux cautérisations de la muqueuse utérine par la teinture d'iode et, mieux, la glycérine créosotée. Cela peut suffire si l'on voit la malade peu de temps après le début des accidents. Mais si elle vient consulter longtemps après le début des accidents, les cautérisations sont insuffisantes, l'infection a gagné en profondeur les glandes et il faut alors avoir recours à des procédés plus radicaux. Le curettage est le procédé le plus employé et ses indications sont aujourd'hui bien précisées.

Quand il s'agit d'une endométrite cervicale et corporéale, avec utérus moyennement développé, sans lésions du col, le curettage et quelques soins post-opératoires suffisent en général pour avancer la guérison.

Si, au contraire, il s'agit d'une métrite cervicale chronique invétérée, avec ectropion de la muqueuse et dégénérescence scléro-kystique du parenchyme, le curettage ne devra être que l'opération initiale qu'il faudra compléter par le traitement chirurgical à diriger contre le col.

En somme, le curettage est indiqué dans la plupart des métrites chroniques, soit isolément, soit conjointement avec une amputation du col.

On permet à la malade de se lever quinze jours après l'opération et l'on a soin de faire deux ou trois fois par semaine un badigeonnage de la cavité utérine avec la glycérine créosotée, la teinture d'iode et le chlorure de zinc.

Il y a des contre-indications au curettage : non les lésions légères des annexes ni la périmétrite, mais les pyosalpinx.

Souvent il faut faire plus qu'un curettage. Dans l'endométrite cervicale, il faut avoir recours à l'opération de Bouilly. Dans la métrite parenchymateuse à gros col décliné, il faut faire l'amputation du col par la méthode de Schrœder et, au besoin, la réparation de la déchirure par le procédé d'Emmet. Enfin, dans certains cas, il s'ajoute à la métrite un véritable effondrement du plancher périnéal. On pratique alors le curettage, l'amputation du col, la colporrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie.

Les malades devront continuer à faire des injections pendant longtemps; après toutes ces opérations il ne faudra pas oublier de soigner leur état général.

Le curettage de l'utérus.

Dans une revue d'anatomie pathologique, **M. Pilliet** (*Trib. Méd.* n° 4, p. 65, 1897), après avoir étudié la structure de la muqueuse utérine, discute les différentes conditions dans lesquelles se fait le curettage de l'utérus et conclut de la façon suivante :

En résumé : Le curettage ne peut donc être curatif et exploratif. Le second doit dominer le premier, car les maladies de la muqueuse utérine, mettons de l'endométrium pour être moderne, sont multiples et le curettage ne s'adresse qu'à quelques-unes d'entre elles. Il s'ensuit que, même pour celles-là, l'examen histologique est indiqué et nécessaire. Lui seul rétablira la validité de l'opération et son efficacité.

Dans tous les cas de curettage exploratif, l'avis est naturellement nécessaire, puisque c'est lui qu'on demande. Souvent le curettage d'une endométrite démontrera, par les débris de vaisseaux ou tissus sclérosés entraînés, que l'utérus est pris en entier, qu'il s'agit d'une métrite parenchymateuse par infection, cas dans lesquels les effets palliatifs du curettage sont temporaires, et le praticien prévenu par l'histologiste pourra régler sa conduite en conséquence.

Dans les cas de tumeurs malignes, l'indication est plus marquée encore. Il s'agit de décider si un utérus doit être enlevé ou non. — La chose vaut la peine d'un examen, en général facile, comme nous avons tâché de l'indiquer. Enfin, si les examens des curettages étaient bien et sérieusement faits, l'histoire des endométrites serait depuis longtemps complétée autant que peut l'être une question de science. Mais il en est toujours de même chez nous, on a des matériaux, on a des laboratoires, et la voie ferrée qui relie les pièces à examiner au laboratoire d'examen, la voie praticable, avec ligne de retour, est encore à construire.

Des rapports de la mole hydatique avec le déciduome malin.

M. J. Neumann a exposé devant la Société império-royale des médecins de Vienne que la mole hydatique ne doit pas être considérée comme un accident sans importance, mais que, dans près de la moitié des cas, elle donne lieu au développement du déciduome malin.

Ainsi une femme âgée de quarante ans, enceinte de trois mois, se présenta à la clinique de M. le professeur Schauta pour des métrorrhagies. En l'examinant, on trouva à la partie postéro-latérale du vagin un noyau de la grosseur d'une noisette, ressemblant à une varice et qu'*a priori* on eût pu considérer comme la source de l'hémorrhagie. Mais un examen plus attentif fit reconnaître que le sang provenait de l'utérus lui-même et que le noyau était plus consistant qu'une varice. L'utérus ayant été tamponné avec de la gaze iodoformée, il survint des douleurs; le col s'entrouvrit et l'on reconnut qu'il s'agissait d'une grossesse molaire. L'utérus fut curetté et on enleva le noyau vaginal pour l'examiner. L'examen microscopique fit reconnaître qu'il était constitué par des cellules et des tissus disposés suivant le type de néoplasie auquel on a donné le nom de déciduome malin.

D'ailleurs, en examinant attentivement des moles hydatiques, M. Neumann leur a découvert certains caractères de malignité. C'est ainsi que la prolifération cellulaire ne se fait pas seulement à la surface et dans les interstices des villosités choriales, mais pénètre encore profondément dans leur stroma.

Quatre cas de déciduome malin ont été observés à la clinique. L'une des femmes a succombé peu après l'opération par suite d'une maladie inflammatoire; la seconde, dont l'utérus a été enlevé en novembre 1894, est restée bien portante; la troisième, opérée il y a un an, a succombé trois mois après son accouchement par suite de métastases; la quatrième, pour laquelle l'intervention ne date que de deux mois, est jusqu'ici en bonne santé.

(*Bull. Méd.*, p. 99, n° 9, 1897.)

APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

De la pérityphlite chez l'enfant.

M. Karewski (*Bull. Méd.*, p. 91, n° 8, 1897) a rassemblé et comparé les statistiques les plus importantes qui ont été publiées sur la pérityphlite de l'enfance et il a conclu qu'il fallait d'abord établir une distinction entre les cas diffus et les cas circonscrits. La forme diffuse a été bien

plus rarement observée par les chirurgiens que la forme circonscrite.

Bien entendu, le pronostic est d'autant plus favorable que l'on opère de meilleure heure. Mais, pour cela, il faut faire un diagnostic précoce, ce qui, souvent, n'est pas possible. Le danger est de prendre la maladie pour de la constipation ou pour un catarrhe intestinal et de faire prendre à l'enfant des purgatifs ou des lavements qui facilitent la perforation de l'appendice iléo-cæcal. Il n'est pas rare non plus de faire une confusion avec l'occlusion intestinale. Il peut encore arriver que des péritonites diffuses évoluent chez l'enfant avec des symptômes si peu accusés qu'on les méconnaisse.

Les résultats fonctionnels de la gastro-entérostomie.

M. Siegel a étudié les résultats fonctionnels de la gastro-entérostomie d'après une statistique de douze cas. Neuf de ces malades avaient une sténose pylorique consécutive à un cancer et trois à une cicatrice d'ulcère de l'estomac.

Tous les malades n'avaient été opérés que lorsqu'ils étaient parvenus à un degré avancé d'inanition. La moitié d'entre eux ont succombé au bout d'un temps relativement court. Pour tous les autres, l'opération fit disparaître comme par enchantement le symptôme le plus pénible, les vomissements. De plus, M. Siegel se croit autorisé à dire que, dans les cas de cancer, l'opération a amené une diminution de l'énergie du développement du néoplasme et de sa tendance à la destruction. Il faut donc, dans le cancer de l'estomac, recourir à la gastro-entérostomie dès qu'apparaissent les symptômes de sténose pylorique ; bien entendu, la résection du néoplasme serait préférable, quand elle est possible.

Les recherches faites dans deux cas de gastro-entérostomie pour rétrécissement cicatriciel ont montré que la force motrice de l'estomac est redevenue bonne à la suite de l'opération. Au point de vue des sécrétions, on constata chez l'un la présence persistante de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique ; chez l'autre, cet acide faisait défaut un mois après l'opération, mais il avait reparu au bout de dix-huit mois.

M. Siegel pense que dans les rétrécissements de bonne nature, la gastro-entérostomie est seule indiquée et qu'il faut la préférer à la résection.

(*Bull. Méd.*, p. 91, n° 8, 1897.)

Péritonite par perforation de la vésicule biliaire opérée chez une femme enceinte.

M. Faure (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 9, 1897, p. 97) publie l'observation d'une malade du service de Siredey, chez laquelle il a été amené à opérer une péritonite par perforation que l'on avait confondue avec une appendicite, mais qui relevait, en réalité, de la vésicule biliaire. Cette malade était enceinte.

M. Faure a fait la laparotomie médiane, nettoyé le péritoine et drainé sa cavité. La malade a guéri et la grossesse a continué d'évoluer normalement.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Valeur diagnostique de la prostato-mégalie.

M. Guépin (*Tribune méd.*, n° 3, p. 47, 1897) pense que le médecin qui trouvera une prostate volumineuse chez un malade devra être conduit à des diagnostics variables selon l'âge du sujet.

Chez un enfant, il réservera le pronosfic immédiat, car il s'agit, le plus souvent, d'un néoplasme malin.

Est-ce un adolescent ? il pensera à la tuberculose ; un jeune homme ? à la stagnation glandulaire si son urèthre n'a jamais été infecté, aux prostatites dans le cas contraire ; un vieillard ? à la prostatite sénile ou au néoplasme.

Rétrécissement traumatique à l'âge de 15 ans.

M. Rémy (*Journ. de Clin. et de Thérap. infantiles*, n° 4, p. 61, 1897), rapporte l'observation d'un jeune garçon qui s'est fracturé le bassin, trois ans auparavant.

Il y a eu de la rétention consécutive, et l'on a fait une opération au périnée.

Actuellement, le malade présente un rétrécissement étroit de l'urèthre membraneux, et il a de l'incontinence par regorgement. Il présente, de plus, une fistule uréthro-rectale, grâce à laquelle la rétention complète de l'urine n'a pas encore eu lieu.

Dans une première opération, M. Rémy a dû faire le cathétérisme rétrograde. Il a rencontré une vessie remontant à l'ombilic et une dilatation considérable de l'urèthre prostatique qui avaient résisté depuis deux ans à la pression de leur contenu. Puis il a réséqué le rétrécissement dont le tissu fibreux était impropre à une bonne cicatrice, il a refermé la vessie et l'abdomen. Mais les deux bouts de l'urèthre ne se sont pas réunis, et la fistule périnéale a persisté.

Pour la réparer, M. Rémy, dans une seconde opération, a guéri la fistule uréthro-rectale par autoplastie d'un lambeau pris au rectum.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Valeur antiseptique de l'iodoforme en chirurgie.

M. Lomry (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LIII, p. 787 et *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*. n° 7, p. 83, 1897) donne les résultats suivants sur la valeur antiseptique de l'iodoforme :

1° Sur un chien ou un lapin, des plaies infectées avec des cultures de streptocoques ou de staphylocoques et saupoudrées d'iodoforme et des plaies semblablement infectées mais laissées sans pansement, ce sont les premières qui présentent le meilleur aspect, sécrètent moins et se cicatrisent plus rapidement.

2° L'action antiseptique de l'iodoforme est manifeste à la condition que les expériences soient faites avec des milieux de culture dissolvant l'iodoforme.

3° L'iodoforme affaiblit la virulence des staphylocoques et des streptocoques. Il neutralise ou détruit les toxines microbiennes, mais sans que cette neutralisation ou celle des bactéries soient complètes.

4° L'iodoforme, loin d'avoir une action nocive sur les mouvements et les propriétés phagocytaires des leucocytes, semble exciter l'activité de ces derniers.

NOTES POUR L'INTERNAT (1)

PHYSIOLOGIE DU MYOCARDE

Le muscle cardiaque présente à étudier comme tous les muscles :

1° Des propriétés (phénomène de nutrition);
2° Des fonctions.

Propriétés du muscle cardiaque.

A. Physiques.

a) Chaleur : Le myocarde dégage de la chaleur en se contractant.

b) Electricité : Le myocarde présente un courant propre qui, à l'état de repos, va de la surface longitudinale à la surface transversale du muscle et qui, à l'état d'activité, change de direction (variation négative).

B. Chimiques.

a) Il absorbe l'oxygène, dégage l'acide carbonique;

b) Il bat dans l'oxygène, il ne bat pas dans l'acide carbonique;

c) Il se contracte dans un liquide alcalin, il ne se contracte pas dans un liquide acide;

d) Il est alcalin à l'état de repos, il s'acidifie par le travail (acide lactique).

Au résumé, le myocarde vit comme tous les autres muscles.

Fonctions du muscle cardiaque.

1° Contraction.

Le myocarde se contracte. Pour bien étudier la nature et les conditions de cette contraction il faut l'étudier :

a) Sur un cœur à contraction provoquée;
b) Sur un cœur à contraction naturelle.

A. Contraction provoquée du cœur.

Pour bien la comprendre, il faut savoir comment se contractent sous l'excitant électrique :

α Le muscle lisse;
β Le muscle strié.

α Quand on excite le muscle lisse (une seule fois) il se contracte, reste contracté un moment, puis se relâche. C'est le tétanos de *tonicité*.

β Quand on excite le muscle strié (une seule fois) il se contracte vite, puis se relâche vite ; c'est la *secousse musculaire*.

Mais si l'on fait une série d'excitations, le muscle strié, qui n'a pas le temps de revenir à son point de départ, entre en contraction de *tétanos physiologique* ; celui-ci est parfait ou imparfait.

Il est facile de concevoir qu'un muscle qui a le *tétanos de tonicité* ne saurait avoir le *tétanos physiologique* puisque celui-ci est la fusion de secousses musculaires rapides.

Or, le myocarde excité répond par une *secousse*, mais cette *secousse* est relativement lente et intermédiaire entre la contraction brève des muscles volontaires et lente des muscles lisses. Aussi une secousse forte met-elle le cœur en *tétanos de tonicité*, et ne présente-t-il que difficilement le *tétanos physiologique* des muscles striés. Il ne le présente même pas. Cependant les quelques premières excitations le mettent dans une espèce de tétanos imparfait.

C'est le phénomène de l'*escalier de Boodwitch*.

B. Contraction naturelle du cœur.

Dans la poitrine le cœur bat et il bat avec rythme. Sorti de la poitrine il bat encore au moins pendant un certain temps et toujours avec rythme. Il faut donc étudier : 1° pourquoi il continue de battre ; 2° pourquoi il bat avec rythme.

1° Pourquoi le cœur continue-t-il de battre ?

S'il bat c'est qu'il a, en lui, un excitant propre. Cet excitant quel est-il ?

Ici trois théories :

a) Théorie du sang des cavités (Haller).

b) Théorie du sang des parois (Brucke, Lannelongue). Assurément le sang est un excitant ; le sang est la condition de la vie et le muscle ne se contracte que quand il vit, mais il y a autre chose : ce sont les *ganglions*.

c) Théorie nerveuse.

Le cœur de la grenouille présente trois ganglions :

α Le ganglion de Remak, situé à l'embouchure de la veine cave.

β Le ganglion de Ludwig, situé dans la cloison interauriculaire.

γ Le ganglion de Bidder, situé à la base du ventricule.

Or, pour bien comprendre l'action des ganglions cardiaques, il importe de répéter une partie des expériences de Stannius.

Premier fait. — Quand on coupe le cœur au-dessous du sillon interauriculaire, la pointe du cœur isolée de tous les ganglions cesse de battre, tandis que l'extrémité supérieure du cœur en rapport avec eux continue de battre.

(1) Notes détachées du n° 49, 1893 (*épuisé*), de la *Gazette Médicale*. — Les *Rapports du rein* seront continués dans le prochain numéro.

Donc les ganglions sont bien la raison des battements spontanés du cœur.

Deuxième fait. — Si, avec un bon rasoir, on sépare le ventricule avec son ganglion de BIDNER, des oreillettes avec leurs ganglions de REMAK et de LUDWIG, on voit que les battements du ventricule s'arrêtent vite, tandis que ceux de l'oreillette persistent indéfiniment. Donc, il semble que le ganglion ventriculaire soit un centre frénateur et les ganglions de l'oreillette des centres excitateurs.

Troisième fait. — Si, maintenant, on procède par excitation sur ces deux tronçons de cœur, on voit que l'excitation du ganglion ventriculaire produit une contraction pour chaque excitation, tandis que l'excitation des ganglions des oreillettes arrête immédiatement et définitivement les oreillettes en diastole.

Donc, il semble que le ganglion ventriculaire soit excito-moteur et les ganglions de l'oreillette excito-frénateurs, c'est-à-dire juste le contraire de ce qu'enseignait l'expérience.

On peut, comme il est facile de le comprendre, faire sur ces expériences des théories nombreuses, suivant qu'on considère l'excitant comme agissant sur le ganglion lui-même ou sur les fibres que reçoit ce ganglion.

Aussi Ranvier, pour trancher cette question des ganglions (les modérateurs pour les uns étant les excitateurs pour les autres), a-t-il proposé la solution suivante :

La cellule à fibre spirale (celle des ganglions de LUDWIG et de REMAK) dégage par son activité propre une excitation cardiaque.

La cellule bipolaire à fibre droite (celle du ganglion de BIDNER), accumule, emmagasine une partie de cette excitation qu'elle transmet à la cellule musculaire.

Mais la cellule à fibre spirale reçoit une fibre droite venue directement du nerf ; cette fibre est une *fibre d'arrêt* ; quand cette fibre est excitée, cela neutralise l'action de la cellule active.

Ainsi s'expliquent très bien les doubles expériences précédentes.

2° *Pourquoi le cœur continue-t-il de battre avec rythme?*

Beaucoup de faits prouvent que les ganglions ne sont pour rien dans le rythme cardiaque :

a) Le cœur de plusieurs invertébrés n'a pas de ganglions, il a cependant des battements rythmiques.

b) Il en est de même pour celui de l'embryon.

c) Tous les muscles (œsophage, uretère, etc., etc.), placés dans certaines conditions, même en dehors de l'organisme. sont rythmiques.

d) Si on sépare la pointe du cœur par une ligature ou section de tout centre ganglionnaire, elle bat avec rythme.

Le rythme est donc une propriété de la fibre musculaire.

2° Sensibilité.

Le myocarde n'a pas de sensibilité consciente. Sa sensibilité existe cependant. Preuves :

a) Si avec un acide on touche le sinus veineux de la grenouille, il y a des convulsions réflexes de tout le corps.

b) L'excitation mécanique, la piqûre du cœur chez le lapin réveille la pulsation.

c) La distension par le liquide, l'insufflation produit le même résultat.

3° Mise en œuvre des propriétés du muscle dans le fonctionnement du cœur.

Reste à voir comment à l'état normal sont mises en œuvre pour assurer les battements du myocarde ces deux grandes propriétés : la sensibilité et la contractilité.

1° NERF ET CENTRE ACCÉLÉRATEURS.

Les fibres accélératrices du myocarde lui viennent de la moelle et du bulbe par le sympathique. Elles se rendent aux ganglions thoraciques avec les cinq dernières cervicales et les cinq premières dorsales. L'excitation du grand sympathique augmente le nombre des pulsations cardiaques. Elles prennent leur excitant dans la partie supérieure de la moelle et dans la bulbe à un endroit encore mal déterminé.

2° NERF ET CENTRE MODÉRATEURS.

Les fibres modératrices arrivent au myocarde par le pneumogastrique. Quand on excite ce nerf le cœur s'arrête en diastole. C'est l'inhibition type. C'est au spinal que le pneumogastrique emprunte cette action.

Si, en effet, on arrache les racines du spinal, dès qu'elles entrent en dégénération il y a accélaration des battements, et l'excitation du pneumogastrique n'a plus d'action sur le cœur.

C'est au bulbe que le spinal emprunte cette action ; il y a un centre cardiaque bulbaire frénateur. L'électrisation du bulbe, un choc violent sur cette région déterminent un ralentissement des battements.

3° LE RÉFLEXE CARDIAQUE, LE NERF SENSITIF DU CŒUR.

Les battements cardiaques ne sont qu'un réflexe, et les centres modérateur et accélérateur du bulbe ne fonctionnent normalement que sous l'influence d'un excitant, venu, en partie du moins, du cœur lui-même.

L'excitation d'origine cardiaque est portée au bulbe par un nerf sensitif : le nerf de CYON, isolé chez certains animaux (lapin), contenu dans le tronc du pneumogastrique chez d'autres (homme). C'est ainsi que si la pression cardiaque devient trop forte, les battements du cœur diminuent de fréquence et augmentent d'amplitude, pendant qu'en même temps les vaisseaux de l'abdomen se dilatent pour fournir au cœur comme un déversoir.

Il y a là un réflexe d'arrêt sur le sympathique cardiaque et le sympathique vasculaire par le pneumogastrique.

X. Y.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. des ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 7 13 Février 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

CAUSERIE DE L'HOPITAL COCHIN — M. PIERRE SEBILEAU

Traitement des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale.

Chaque semaine se présentent à notre consultation plusieurs adolescents et plusieurs enfants atteints d'adénopathie tuberculeuse du cou. Adénopathie tuberculeuse : telle est, au moins, l'étiquette sous laquelle mes externes, qui les examinent avant moi, me présentent chacun de ces malades. Et mes externes ont raison, puisqu'ils disent comme les livres d'aujourd'hui. Ils savent bien qu'il ne fautplus maintenant parler *d'écrouelles*, que c'en est fini depuis longtemps de l'*engorgement strumeux* des anciens médecins et que partout la tuberculose a remplacé la *scrofule*. Ils ont raison..... ; et pourtant vous m'avez souvent entendu protester que c'était un diagnostic un peu précipité que celui qu'ils portaient ainsi, que cela était noircir un peu trop le tableau, qu'il ne fallait pas si vite parler d'intervention chirurgicale et que, dans un grand nombre de cas, le traitement interne faisait justice de ces adénopathies chroniques que je n'entends pas, croyez-le bien, décharger du soupçon de gravité qui pèse sur elles, mais qui sont, moins qu'au début de son exercice chirurgical, effrayantes pour celui qui les a déjà pratiquées depuis quelques années. Je me trouve ainsi conduit à vous donner mon avis sur les deux questions suivantes : 1° Quelle est la nature de ces adénopathies chroniques du cou, dénommées aujourd'hui adénopathies tuberculeuses? 2° Dans quelle mesure sont-elles justiciables du traitement médical et. le jour où l'intervention du chirurgien devient nécessaire, quelle doit être cette intervention ?

I

Je ne veux point faire devant vous l'histoire de la tuberculose en général non plus que celle de la tuberculose ganglionnaire en particulier, pensant qu'il ne convient nullement de transformer en leçons de pathologie les causeries cliniques que nous faisons ici tout à fait « en famille ». Je dois pourtant vous marquer, pour les besoins de ma démonstration, comment, petit à petit, la tuberculose a arraché à la scrofule le territoire lymphatique qu'autrefois celle-ci possédait seule (1).

Le microscope décèle d'abord dans certains ganglions strumeux la granulation grise caractéristique de la tuberculose : première conquête. Les engorgements ganglionnaires de la scrofule subissent alors une scission : les uns, ceux dans le parenchyme desquels on trouve le tubercule isolé, la granulation grise, passent à la tuberculose : les autres, « ceux où se rencontrent les masses caséeuses, les « îlots strumeux », la tuberculose massive, restent à la scrofule. Mais l'expérimentation démontre bientôt que l'inoculation à des animaux de ces ganglions caséeux détermine très régulièrement chez les victimes l'éclosion de tuberculoses viscérales : deuxième conquête. Le

(1) Il est bien entendu qu'ici et plus loin je fais abstraction du cancer, de la syphilis, du lymphadénome, etc.

bacille de Koch est découvert dans la presque totalité des ganglions scrofulo-tuberculeux et donne des cultures fertiles, même là où la granulation grise n'apparaît pas : troisième conquête. Enfin, ceux-là aussi parmi les ganglions qui, à l'œil nu, ne paraissent frappés d'aucune dégénérescence et dans lesquels l'examen microscopique lui-même ne décèle ni la granulation grise ni le bacille de Koch, peuvent quelquefois encore, s'ils sont inoculés, engendrer des lésions évidemment tuberculeuses : quatrième conquête.

C'est vous dire, n'est-il pas vrai, que peu à peu tout l'échafaudage de la scrofulose s'est écroulé, qu'il n'en reste aujourd'hui plus rien, et qu'à sa place se dresse maintenant celui de la tuberculose.

C'est vous dire aussi que la plus grande partie des malades qui se présentent à nous avec ces engorgements ganglionnaires du cou dont je vous parlais tout à l'heure sont frappés de tuberculose ganglionnaire. Cela est entendu : je ne le nie pas.

Mais ne dépassons-nous pas la mesure en disant de tous ces malades sans exception qu'ils sont atteints d'adénopathie tuberculeuse? A mon avis, si, nous la dépassons, et voici pourquoi :

Quelques-uns d'entre vous, d'abord, ont été frappés, et non sans raison, de la rapidité ou, tout au moins, de la facilité relative avec laquelle ont guéri, durant ces derniers mois, plusieurs de nos clients d'hôpital. Ce n'est point ainsi qu'en règle générale la tuberculose traite ses victimes, celles de ses victimes surtout à qui la pauvreté défend le confortable du logement, l'abondance de la nourriture, l'usage des médicaments reconstituants, le repos de la campagne et les joies de la plage. Non, certainement, cela n'est pas, cela ne peut pas être en tous cas de l'adénite tuberculeuse, même atténuée, qui offre une pareille bénignité de pronostic et présente une si remarquable tendance à la résolution.

Autre preuve, et bien meilleure. Vous savez, pour l'avoir déjà maintes fois constaté vous-mêmes, que les engorgements chroniques des ganglions frappent infiniment plus souvent les groupes de la région cervicale que ceux des autres régions. Donc, de deux choses l'une : ou bien toutes ces adénomégalies sont de nature tuberculeuse, et alors il faut admettre que le bacille de Koch est un hôte ordinaire de la cavité buccopharyngée, cavité d'où il pénètre, un jour ou l'autre, à la faveur de quelque solution de continuité (carie dentaire, ulcérations gingivo-linguales, etc.), dans l'appareil lymphatique du cou; ou bien, au contraire, s'il est vrai que le microorganisme de la tuberculose n'habite pas en commensal habituel la bouche et le pharynx, le moment est venu de trancher enfin dans le vif de cette théorie trop absolue des contemporains qui entendent, depuis quelques années, grouper sous l'étiquette « adénites tuberculeuses » toutes les adénomégalies chroniques. Que nous enseigne donc la bactériologie? Elle nous enseigne, précisément, que le bacille de Koch ne s'est pas acclimaté dans la cavité bucco-pharyngée et qu'il n'a point son chapitre dans les descriptions de la flore de cette région, qui est pourtant le réceptacle d'un grand nombre de bactéries pathogènes : le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le coli-bacille, etc.; elle nous apprend aussi, quoiqu'on l'y trouve dans certaines conditions, atténué peut-être, au reste, par le mucus qui en tapisse les parois, que le bacille de Koch est beaucoup moins répandu dans les fosses nasales que les différentes espèces dont je viens de parler. Ainsi donc, il n'y a pas de raison sérieuse pour que la chaîne ganglionnaire du cou soit, de préférence à une autre, frappée de tuberculose par inoculation directe, par effraction du bacille et pénétration de celui-ci dans les vaisseaux lymphatiques du département cervical. Mais alors, que deviennent donc ces engorgements chroniques des régions sous-maxillaire, carotidienne, jugulaire, ces écrouelles de nos anciens, et que signifie leur fréquence? Je vais vous le dire.

Quelquefois ils sont la marque d'une staphylococcie à répétition de la peau. La plupart des malades qui nous viennent ici consulter sont des gens de petite condition qui n'ont ni le temps, ni les moyens, ni le goût de porter du linge blanc sur une peau propre. Ne voyez-vous pas, à chaque instant, sur les adultes, l'ecthyma des misérables, sur les pubères et les adolescents le furoncle, sur les enfants l'impétigo, toutes modalités de l'infection cutanée staphylococcienne; sur les uns et sur les autres, enfin, les poux de tête qui provoquent le grattage et ouvrent ainsi la porte à l'inoculation et préparent la lymphangite. Les lésions staphylococciennes chroniques ou à répétition de la peau, du cuir chevelu, de la face et du cou : voilà une première raison d'adénomégalie cervicale. Mais il y a mieux.

La cavité buccale se défend, à l'état physiologique, contre l'invasion des bactéries pathogènes par une série de moyens dont mon ami le docteur Hugenschmidt a fait récemment, dans son très remarquable travail inaugural, une étude excellente et des mieux conduites. L'action légèrement bactéricide de la sa-

live et du mucus buccal, le rôle mécanique de celle-là. la desquamation du vernis épithélial et son renouvellement, la concurrence vitale des microbes et l'antagonisme des uns et des autres, mais surtout et avant tout les fonctions phagocytaires des leucocytes qui, attirés par les propriétés chimiotactiques de la salive, abandonnent la nappe lymphatique sous-dermique pour faire irruption dans la bouche à la faveur des espaces intercellulaires épithéliaux et se mêler aux sécrétions : voilà la première ligne de défense que rencontrent les bactéries pathogènes quand elles pénètrent dans l'économie par la bouche.

Quand cette ligne est franchie, soit que la lutte antérieure l'ait affaiblie, soit que l'attaque, par son intensité et sa durée, ait dépassé la mesure de sa résistance, ce n'est plus dans l'intérieur de la bouche. c'est plus loin, sous la muqueuse, dans tout l'appareil lymphatique de la langue, de l'amygdale et du pharynx, que s'opère la phagocytose préservatrice.

Et le jour où enfin sont épuisés à leur tour ces défenseurs du second plan, les bactéries pathogènes rencontrent encore la barrière des ganglions lymphatiques du cou où se continuent les fonctions phagocytaires des leucocytes et des cellules endothéliales, et où souvent se termine la lutte.

Chez certains individus, et pour des raisons auxquelles nous ne connaissons encore rien (disposition spéciale du système lymphatique (?), moindre résistance à la lutte de ce système lymphatique produite par une mauvaise hérédité, par l'insuffisance d'aliments, d'oxygène et de lumière, la diminution des échanges organiques et de la respiration cellulaire qui en sont la conséquence, etc., etc.), chez tous les individus, en somme, qu'on appelait autrefois, et qu'on appelle quelquefois encore aujourd'hui, — prenant peut-être l'effet pour la cause, — des « lymphatiques », l'appareil ganglionnaire réagit à la longue, s'irrite, se gonfle et s'enflamme : ainsi se forment, dans le pharynx, les végétations adénoïdes ; ainsi, dans le cou, les engorgements ganglionnaires.

Certes, ces végétations adénoïdes et ces engorgements ganglionnaires, qui ne sont, au total, que la marque de défaillance d'un appareil débordé par l'infection, et qui sont bien l'image de la vieille strume, sont tout préparés pour l'inoculation tuberculeuse ; certes, les chances sont grandes pour que les uns et les autres deviennent bientôt la proie du bacille de Koch ; mais, je le répète, il existe une période et quelquefois, sans doute, une période assez longue, durant laquelle il s'agit seulement pour eux d'hypertrophie et d'inflammation chronique non spécifique. S'il n'en était pas ainsi, vous ne verriez pas tant et de si faciles guérisons chez nos malades, gens de maigre condition, « hères et pauvres diables », qui ne peuvent prendre de leur santé que des soins très imparfaits.

Je conclus.

Les malades que vous me présentez comme frappés d'adénite tuberculeuse du cou doivent être partagés en deux catégories : les premiers sont, à coup sûr, atteints de tuberculose ganglionnaire ; parmi eux, il en est qui ont une tuberculose sévère : d'autres qui ont une tuberculose atténuée, physiologique même, peut-on dire en quelques cas (car la présence du bacille de Koch dans un ganglion indique simplement la lutte et non pas encore la défaite de l'organe) ; les seconds ne présentent rien autre chose qu'une adénopathie encore banale, adénopathie qui apparaît le jour où deviennent insuffisants les moyens de défense de la cavité buccale contre ses commensaux pathogènes, adénopathie dont toutes les lésions des téguments (impétigo, furoncles, carie dentaire, ulcérations linguales, etc.) favorisent l'éclosion, adénopathie qui survient peut-être plus facilement que chez d'autres sur des sujets prédisposés, nous ne savons par quelle raison, à cette réaction de l'appareil ganglionnaire, adénopathie qui est bien un terrain tout préparé pour la tuberculose, mais qui n'est pas tout d'abord fonction de tuberculose.

Cette causerie a pris en longueur et en « théorie » des proportions que je ne donne pas d'habitude à nos entretiens familiers. Mais je me sentirai plus à l'aise maintenant pour défendre devant vous la nécessité du traitement médical que l'on doit instituer contre les adénomégalies dont je viens de vous parler et pour modérer l'ardeur opératoire de quelques-uns d'entre vous.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 février. — Présidence de M. Delens.

Chirurgie du poumon.

M. Bazy. — A propos de la lecture du procès-verbal, je prie monsieur le secrétaire annuel de vouloir bien supprimer de son compte rendu de la dernière séance la phrase dans laquelle il me fait dire, à propos des observations de MM. Brun et Lejars dont nous a parlé M. Tuffier (voir *Gazette Médicale* du 6 février) : « Si j'avais connu les ob-

servations de MM. Brun et Lejars je les aurais citées. » Il me paraît, en effet, que la discussion actuelle ne saurait se contenter des affirmations verbales que nous a faites M. Tuffier au sujet d'observations non encore publiées. Je crois donc que l'on n'est pas en droit d'apporter ici des documents qui ne sont pas encore entrés dans le domaine public.

M. Lejars. — Mes deux observations auxquelles M. Tuffier a fait allusion ont été publiées par M. Pernet, dans une leçon sur la pleurotomie qui a paru dans un numéro de la *Semaine Médicale* de l'année dernière.

M. Tuffier. — C'est précisément parce que j'avais lu dans cette leçon de M. Pernet le résultat des observations de M. Lejars que j'ai cru pouvoir les rappeler ici. Quant aux deux observations de M. Brun, elles n'ont pas encore été publiées, il est vrai, mais j'ai néanmoins pensé qu'il était logique d'y faire allusion au cours de cette discussion.

M. Quénu. — Le but de la communication que j'ai faite récemment à la Société de chirurgie, au nom de M. Longuet et au mien, a été de démontrer expérimentalement les deux faits suivants :

1° On ne peut déterminer d'adhérences entre les deux feuillets de la plèvre sans produire un léger degré d'infection ;

2° Il n'y a pas d'autre moyen d'appliquer le poumon contre la plèvre que d'augmenter la pression intra-thoracique.

J'ai dit, alors (voir *Gazette Médicale* du 12 décembre 1896, n° 50, p. 593), combien je craignais la pénétration large de l'air dans la plèvre saine. J'ai aussi montré que la fréquence des accidents qui accompagnent cette pénétration de l'air ressortait de nombreuses observations se rapportant à des faits à la fois cliniques et expérimentaux. C'est enfin dans le but d'éviter le pneumothorax chirurgical et ses accidents que j'ai tenté avec M. Longuet la série d'expériences dont je vous ai déjà entretenus.

Or, ma crainte du pneumothorax n'en persiste pas moins, malgré les observations sur lesquelles M. Bazy a étayé sa discussion. Il faut convenir aussi que M. Bazy ne se place pas exactement sur le même terrain que nous. M. Bazy, en effet, s'est cantonné dans l'exploration digitale du poumon à travers l'incision d'une plèvre adhérente. Or, nous avons pris soin, dans l'exposé de nos travaux, d'éliminer, en principe, tous les cas d'adhérences pleurales, pour étudier uniquement les dangers de l'incision d'une plèvre saine et les moyens d'y remédier. A ce point de vue, les observations de MM. Bazy, Tuffier, Mauny et la mienne, toutes citées par M. Bazy à l'appui de l'opinion qu'il défend, ne sauraient être envisagées ici.

Je voudrais faire remarquer encore à M. Bazy que si j'ai cherché à résoudre le problème des adhérences pleurales, c'est que j'avais été témoin d'un cas dramatique qui s'est terminé par la mort. Voici le fait :

Un homme, âgé de 49 ans, portait dans la région thoracique gauche, au niveau de la sixième côte, une tumeur considérable. Je cherchai à l'extirper en faisant la résection de plusieurs côtes à la face profonde desquelles je pensais pouvoir pratiquer le décollement pleural. Or, je m'aperçus, au cours de mon opération, que la tumeur faisait saillie dans la cavité pleurale et je fus conduit à faire une incision large de la plèvre. Il se produisit alors des accidents graves. Le pouls devint filiforme, incomptable, il y eut de la dyspnée, de la cyanose de la face (nous avons vu le même tableau dans nos expériences sur des chiens). Le chloroforme fut interrompu. On pratiqua la respiration artificielle et l'opération fut immédiatement terminée. Le malade mourut trois jours après.

Je note, en passant, qu'il s'agissait là d'une opération chirurgicale portant sur la paroi thoracique ; or, j'ai déjà dit, dans ma première communication, je ne saurais trop le répéter, que mes expériences visaient particulièrement, au point de vue pratique, la chirurgie de la paroi thoracique plutôt que la chirurgie du poumon.

La plupart des observations de pneumothorax chirurgical rapportées par les auteurs sont relatives à l'ablation de tumeurs de la paroi. Il y a même des chirurgiens qui, moins soucieux, sinon plus prudents que nous, n'ont pas craint d'enlever, en un seul temps, pour l'ablation de ces tumeurs, toute l'épaisseur de la paroi thoracique, y compris le feuillet pariétal de la plèvre.

Je ne fais pas un seul instant à M. Bazy l'injure de comparer sa manière de faire à celle de ces chirurgiens et je veux simplement lui redire : *a*) que, pour moi, l'ouverture de la plèvre saine n'est pas une opération innocente; *b*) que, jusqu'ici, il n'y a pas eu de procédés pratiques recommandables pour parer au pneumothorax chirurgical et à ses terribles accidents.

J'ajoute que la production du pneumothorax me paraît même avoir d'autres accidents graves que la rétraction brusque du poumon, la suppression brusque de l'hématose dans ce poumon rétracté et le reflux vers le cœur droit et le système veineux de tout le sang qui allait être hématosé. Je crois, en effet, que le simple contact de l'air extérieur excite la surface du poumon et peut produire une syncope mortelle. Dans nos expériences, en effet, lorsque nous supprimions le contact du poumon et de l'air, en appliquant une compresse sur l'orifice, les accidents produits par le pneumothorax avaient une allure moins terrifiante.

On nous reprochera peut-être de rapporter à l'homme ce que nous avons vu chez le chien. Mais en quoi diffère la physiologie respiratoire dans les deux espèces?

En définitive, quelle est donc la thérapeutique préventive du pneumothorax? Est-ce la suture primitive du poumon à la paroi, ce que nous avons appelé la *costo-pneumopexie*? Nous ne le croyons pas.

L'avenir appartient davantage, selon nous, à l'élévation

de la pression intra-pulmonaire. C'est vers cette méthode que nous avons dirigé nos efforts, laissant à des recherches ultérieures le soin de compléter nos essais et de les ériger, s'il y a lieu, en une méthode praticable chez le vivant.

M. Bazy a trouvé plaisant le dispositif que j'emploie dans le but d'élever la pression intra-pulmonaire des animaux en expérience. Peu importe, les résultats obtenus n'en sont pas moins démonstratifs. Aujourd'hui, d'ailleurs, j'ai de préférence recours à la trachéotomie pour l'insufflation de l'air comprimé dans le poumon.

M. Tuffier dit qu'il rejette la trachéotomie en pareil cas et dit que la trachéotomie est une opération plus grave que la pleurotomie. Je n'en crois rien, car il s'agit ici d'une trachéotomie provisoire; or, la trachéotomie n'est grave que lorsqu'elle est définitive, auquel cas l'air n'étant plus filtré par les fosses nasales, porte dans le poumon les agents infectieux qui sont une cause d'infection grave.

M. Delorme. — J'avais songé à faire l'insufflation du poumon avant que M. Quénu publiât les résultats des expériences qu'il a faites avec M. Longuet, et j'avais même songé à insuffler de l'air dans les bronches à l'aide d'un tube. D'ailleurs, en 1893, M. Lamholdt avait déjà conseillé et décrit un procédé sensiblement analogue à celui de M. Quénu. Je ne me suis, toutefois, jamais résolu à faire usage de cette pratique. J'ai estimé qu'elle était inutile. J'ai remarqué, en effet, que certains grands efforts faits par le malade, au cours du sommeil chloroformique. sont suffisants pour permettre au poumon de venir se mettre en contact avec la paroi, ou bien pour permettre au chirurgien de saisir le poumon et de le fixer à la paroi. J'ai noté, récemment, les effets heureux produits par la toux dans ces conditions. Voici le cas :

Je pratiquai l'empyème pour une pleurésie suppurée supposée partielle. Or, à peine la paroi thoracique eut-elle été incisée, le poumon se rétracta. Je dis au malade de tousser et il se produisit, sous l'influence de la toux, une grosse hernie du poumon à travers l'incision pleurale. J'ai pu renouveler plusieurs fois de suite l'apparition de ce phénomène devant mes élèves.

J'ajouterai une autre remarque : J'attendrai que M. Quénu ait pratiqué sur l'homme ce qu'il a fait sur les chiens pour oser marcher dans sa voie. J'attendrai d'autant plus que des expériences personnelles, faites sur le cadavre, viennent à l'encontre des avantages qui semblent se dégager de la technique de M. Quénu. J'ai, en effet, injecté, dans des poumons de cadavres, de la cire en quantité suffisante pour déterminer des tumeurs de volume variable, analogues aux tumeurs intra-pulmonaires que la méthode de M. Quénu pense pouvoir aller extirper. Si, dans ces conditions, on insuffle le poumon, on voit que : pour une induration superficielle du poumon, le poumon s'approche peu de la paroi thoracique. Si cette induration est placée au milieu du parenchyme pulmonaire, on ne le sent pas; si elle est profondément placée, on ne le sent pas davantage. Bien plus, pour ces deux derniers cas, l'insufflation du poumon distend le poumon à tel point que le parenchyme sain recouvre le parenchyme induré et gêne encore son exploration.

En définitive, il me semble, d'après mes propres expériences, que les conclusions de M. Quénu ne lui donneront pas tous les avantages qu'il en attend.

M. Bazy. — Le point de départ de la discussion a été l'exploration du poumon par l'incision pleurale dans les lésions pulmonaires.

Il ne saurait donc s'agir ici, comme tend à le démontrer la communication de M. Quénu, de la chirurgie propre du thorax et M. Quénu me paraît avoir sensiblement fait dévier la question.

M. Quénu. — L'argument que vient d'invoquer M. Bazy mérite d'être entièrement tourné contre lui, car c'est moi qui ai, dans une première communication, abordé la question de la chirurgie du poumon et j'avais bien le droit, alors, de transporter le débat sur le point qu'il me convenait de choisir.

C'est donc M. Bazy, et M. Bazy seul, qui a fait dévier la discussion.

Quoi qu'il en soit, il est certain que M. Bazy et moi nous sommes d'accord sur bien des points. Je ne saurais, par exemple, trop féliciter M. Bazy de nous avoir dit, à plusieurs reprises, qu'il ne fallait faire, autant que possible, que des incisions étroites de la plèvre.

Mais je n'en persiste pas moins à croire que j'ai ouvert une voie opératoire à la chirurgie du thorax et que cette voie, si elle n'est pas encore bien déterminée, le sera plus tard.

Aux objections de M. Delorme, je répondrai, encore une fois, que je n'ai envisagé ici que la chirurgie des tumeurs du thorax et que, dès lors, ses remarques sont hors du sujet qui nous occupe. Néanmoins, je n'ai pas, comme lui, confiance dans la fixation du poumon à la paroi thoracique, grâce aux seuls efforts de toux du malade.

Il est aussi douteux qu'on puisse ainsi saisir le poumon et le suturer. Cette saisie est, en effet, difficile et, si elle se fait, ce n'est qu'une saisie partielle, n'empêchant pas que le poumon rétracté soit lésé au point de vue de la fonction respiratoire ; en un mot, on ne saurait, dans ces conditions, même avec des fixations multiples du poumon, empêcher la production du pneumothorax. Nous avons combattu le pneumothorax par tous les moyens, nous n'avons pu l'éviter que par l'élévation de la tension intra-pulmonaire.

Traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

M. Lejars. — L'intervention opératoire dans le goitre exophtalmique a fait l'objet de nombreuses controverses. On a beaucoup discuté sur les résultats éloignés de l'opération. On a même critiqué les résultats immédiats. Le fait suivant n'a pour but que de vous montrer les cruelles

décéptions que nous réserve quelquefois la chirurgie, même en l'absence de toute faute opératoire ou post-opératoire.

Il est entré, au mois d'octobre dernier, à l'hôpital Beaujon, une jeune fille de 18 ans et demi, orpheline, dont le père était mort alcoolique et la mère des suites de la rage. Cette jeune fille, depuis huit mois environ, c'est-à-dire depuis la mort tragique de sa mère, était devenue pâle, nerveuse, impressionnable. L'examen médical, fait dans le service de M. le professeur Dehove, avait montré que l'on avait affaire à un cas de goitre exophtalmique avec sa pléiade bien connue (tremblement, tachycardie. exophtalmie et tumeur thyroïdienne). Le lobe droit du corps thyroïde était plus volumineux que le lobe gauche et faisait relief sous la peau. La glande thyroïdienne était le siège de battements et de souffles, elle était molle, dépressible, sans induration ni bosselures. La malade avait de l'insomnie, de l'agitation et de la dyspnée la nuit. Elle réclamait une opération.

L'opération fut décidée, et sur les conseils de M. Dehove, on projeta d'enlever le lobe droit du corps thyroïde.

L'opération fut faite le 30 décembre. On anesthésia la malade avec de l'éther, selon l'usage du service de mon maître M. Théophile Anger. L'anesthésie fut difficile. Néanmoins l'opération s'est passée aussi simplement que possible ; la glande était peu vascularisée et les vaisseaux thyroïdiens peu développés. On a d'abord enlevé le lobe droit du corps thyroïde comme s'il s'était agi d'une tumeur. On a lié les pédicules artériels et sectionné l'isthme. On a enfin employé des solutions antiseptiques aussi faibles que possible.

A son réveil, qui fut rapide, la malade se trouva bien et resta telle jusqu'à onze heures et demie du soir. A cette heure-là, elle fut soudain prise d'une dyspnée intense. L'interne de garde, appelé à la hâte, trouva le pouls rapide et prescrivit une piqûre de morphine. Une demi-heure après, la malade mourait.

L'autopsie de cette malade a été pratiquée par moi. On n'a rien trouvé d'anormal au niveau de la région opératoire. Seul le thymus avait un certain volume. Pas de lésions viscérales, sauf de la congestion des poumons.

Nous avons pensé que la malade avait succombé à une intoxication bulbaire par hypersécrétion thyroïdienne consécutive à l'opération.

M. Quénu. — La communication faite par M. Lejars vise aussi bien les difficultés opératoires du goitre exophtalmique que les accidents consécutifs à l'opération. A ce sujet, je tiens à dire deux mots d'une opération que j'ai faite il y a deux ans.

Il s'agissait d'une malade atteinte de goitre exophtalmique. Je décidai de lui enlever le lobe droit seul du corps thyroïde. Mais au cours de l'opération, il y eut, après l'ablation du lobe droit, une hémorrhagie telle que je ne pus l'arrêter par aucun moyen et que je fus contraint d'enlever le lobe gauche du corps thyroïde que je voulais conserver. J'avais donc fait, chez cette malade, et non sans quelque appréhension, une thyroïdectomie totale.

Les suites immédiates furent remarquablement bonnes. Le pouls, auparavant très rapide, était subitement descendu à 52 pulsations. La malade se porta bien pendant deux ou trois semaines.

Elle présenta alors des accidents de myxœdème : tristesse, amaigrissement ; je dus la nourrir de glandes thyroïdiennes et, depuis près de deux ans qu'elle continue ce traitement, son bon état s'est maintenu. Elle est même devenue enceinte. Je l'ai confiée alors à mon ami M. Budin. J'ai su qu'elle était albuminurique, mais je n'ai pas d'autres détails.

Cette observation est faite de souvenirs. Je tiens à la présenter complètement dans une prochaine séance et j'aurais même attendu encore pour vous en parler sans le cas que vient de nous signaler M. Lejars.

M. Tillaux. — A propos de la question soulevée par M. Lejars, je vais vous dire ce que je pense aujourd'hui du traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

Lors de ma première présentation à l'Académie de médecine, en 1880, j'avais émis l'hypothèse que les accidents du goitre exophtalmique étaient d'origine mécanique et résultaient d'une compression exercée par le corps thyroïde sur quelque organe du cou qui pouvait bien n'être que le paquet vasculo-nerveux. Dès lors, débarrasser le malade de son corps thyroïde, c'était le débarrasser des accidents du goitre exophtalmique.

Il y a cinq ou six ans, M. Joffroy vint me voir et me dit : Je défends votre théorie ; le goitre exophtalmique est d'origine mécanique et je soutiens qu'il faut l'opérer. Mais j'avais changé d'avis.

Je soutiens en effet, maintenant, qu'il faut établir dans le goitre exophtalmique une distinction importante au point de vue chirurgical. Je crois que les uns doivent s'opérer et les autres non. Les premiers sont les goitres que j'appelle *chirurgicaux*, les seconds, les goitres *médicaux*. Le cas de M. Lejars me paraît avoir été un goitre médical.

La distinction sur laquelle je base ma division des goitres est celle-ci : certains malades sont guéris de leurs accidents par une opération, parce qu'on a enlevé, non leur corps thyroïde, mais une tumeur qui y était contenue et qui exerçait une compression.

Tout le secret semble donc résider dans l'examen approfondi de la tumeur thyroïdienne. C'est là qu'on doit trouver l'indication opératoire.

C'est dans ces conditions que j'ai opéré, il y a huit ans, à l'Hôtel-Dieu, une femme atteinte d'un goitre exophtalmique et dans le corps thyroïde de laquelle j'avais senti une tumeur parfaitement délimitable. Cette femme a guéri sans accident et, dans quelques jours, je vais la réopérer pour une tumeur semblable survenue dans le lobe

gauche. Cette tumeur a reproduit le tableau morbide déjà provoqué par la première, il y a huit ans. Je vais l'opérer sans crainte d'accidents.

Donc, avant d'opérer un goitre exophtalmique, il faut que nous examinions à fond la tumeur thyroïdienne et que nous ne nous laissions pas aller aux sollicitations de certains médecins. Il faut surtout ne pas toucher aux cas d'hypertrophie thyroïdienne dans lesquels on ne délimite pas la tumeur dont j'ai parlé.

M. Quénu. — Dans l'opération que j'ai faite il y a deux ans, j'ai trouvé, en vérité, un corps thyroïde totalement hypertrophié, sans enkystement de tumeur.

Présentation de malade.

M. Broca présente une fillette opérée d'une luxation congénitale de la hanche.

Présentation de pièce.

M. Lejars présente un ostéome de la cuisse.

Observations.

M. Broca remet une observation d'ostéosarcôme de l'apophyse mastoïde envoyée par **M. Braquehaye** (de Bordeaux). M. Broca est nommé rapporteur.

M. Richelot, au nom de **M. Malapert** (de Poitiers), remet une observation de péritonite généralisée traitée par la laparotomie et suivie de guérison. M. Richelot est nommé rapporteur.

M. Walther, au nom de **M. Latouche**, remet une série d'observations et un mémoire dont il est nommé rapporteur.

Jean Petit.

N. B. — Nous donnerons, dans notre prochain compte rendu, un résumé du rapport lu par **M. Picqué** sur *un cas d'exophtalmie pulsatile de l'œil droit.* J. P.

LES LIVRES

Chirurgie de la face,

Par F. Terrier, Guillemain et Malherbe.

1 vol., chez F. Alcan. Paris, 1897.

Ce livre est la reproduction des remarquables leçons que le professeur F. Terrier a professées en 1894-95 sur la chirurgie de la face. Il se divise en trois parties.

Les *deux premières*, dont M. Guillemain s'est spécialement occupé, comprennent la chirurgie des mâchoires, des lèvres, des joues, de la langue et du pharynx. Elles sont divisées en une série de chapitres qui en rendent la lecture plus facile.

Les multiples procédés de résection totale ou partielle des deux maxillaires sont d'abord passés en revue : le tracé des incisions, la dissection des lambeaux, l'hémostase, les diverses sections osseuses forment l'objet de courtes descriptions dont la clarté est accrue par de bons dessins demi-schématiques. Les indications opératoires ont une importance capitale dans ces premiers chapitres.

Un rapide exposé des divers appareils de Martin renseigne suffisamment le praticien sur la prothèse immédiate appliquée à la résection des mâchoires. M. le professeur Terrier réserve l'emploi des appareils prothétiques aux résections pour ostéites : il les croit capables de favoriser la récidive des tumeurs malignes, et les repousse dans les résections pour cancer.

Après avoir montré le rôle de l'antisepsie dans l'évolution des fractures des mâchoires, les auteurs passent en revue les divers appareils d'immobilisation, depuis la ligature des dents et la fronde de Bouisson jusqu'aux appareils à refoulement et à écartement de Martin.

Suit un chapitre très complet sur le traitement des becs-de-lièvre : les figures y sont multipliées, et leur clarté est telle qu'elles suffiraient à elles seules pour marquer au chirurgien les différents temps opératoires de chaque procédé.

La restauration des joues et des lèvres, le traitement des fistules salivaires, la chirurgie de la langue, constituent une série de chapitres importants, remplis d'utiles renseignements : c'est ainsi que M. Terrier conseille de faire la ligature de l'artère linguale au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde, ce procédé étant seul capable de supprimer la circulation dans la dorsale de la longue. Un peu plus loin il insiste sur la nécessité de la réunion immédiate dans l'amputation de la langue, si l'on sait éviter les adénites aiguës post-opératoires d'un pronostic si grave.

D'excellentes figures accompagnent la description de la staphylorraphie : la fixation du voile, l'avivement, le passage des fils, la nature elle-même des fils font chacun l'objet d'une étude critique.

La *dernière partie* de l'ouvrage, dont la rédaction appartient plus particulièrement à M. Malherbe, comprend la chirurgie du nez, des fosses nasales et des sinus de la face.

Le chapitre de la rhinoplastie nous a particulièrement intéressé : chacun des divers procédés de restauration totale ou partielle est l'objet d'une juste critique ; les modifications apportées à la méthode indienne par Delpech, Lisfranc, Alquier, etc., sont entre autres décrites avec soin.

La chirurgie du naso-pharynx est rapidement étudiée. Les auteurs concluent à la nécessité d'emprunter la voie faciale ou la voie palatine dans le traitement radical des polypes naso-pharyngiens. Les végétations adénoïdes du pharynx peuvent toujours être enlevées par les voies naturelles ; les instruments ne manquent pas pour faciliter la tâche des chirurgiens.

Le traitement des abcès des sinus maxillaires et frontaux par les procédés classiques, celui des abcès des sinus sphénoïdaux et de l'inflammation des cellules ethmoïdales complètent cet excellent manuel de chirurgie de la face que tous les praticiens consulteront avec bénéfice.

Dr Enouarn-Friteau.

Pathologie et traitement de la luxation congénitale de la hanche, par Ad. Lorenz, professeur à l'Université de Vienne. Traduit de l'allemand par J. Cottet, interne des hôpitaux. Précédé d'une préface du docteur Brun, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades. 1 vol. in-8° carré, de 372 pages, avec 54 figures. Prix : 8 fr. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

Au moment où cette intéressante question de thérapeutique orthopédique semble vouloir une fois encore sortir de l'oubli où elle était depuis longtemps plongée, il était d'un grand intérêt de faire connaître l'œuvre importante du professeur de Vienne.

Si le mérite d'avoir le premier mis en relief et démontré par des exemples les avantages de l'intervention sanglante dans le traitement de la luxation congénitale du fémur revient incontestablement à Hoffa, on ne saurait, sans injustice, refuser à Lorenz une part considérable dans la vulgarisation de cette méthode de traitement. Par le soin qu'il a mis à étudier et à démontrer les causes véritables des difficultés de la réduction, par la simplification qu'il s'est efforcé d'apporter au procédé opératoire, Lorenz est arrivé à concevoir une opération dont on pourra apprécier la valeur en se reportant aux nombreuses observations qui terminent son ouvrage, et qui se fait surtout remarquer par son caractère d'originalité incontestable.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Taitement du cancer cutané.

Tandis que le professeur **Tillaux** (*Prog. Méd.*, 30 janvier 1897) insiste sur la bénignité de certains cancroïdes de la peau de la face, sur la possibilité de leur guérison spontanée et sur l'heureuse influence qu'ont quelquefois sur leur marche des traitements variés et anodins, **M. Denissenko** (*Arch. génér. de médecine*, février 1897, p. 223) pense, au contraire, que le traitement du cancer cutané est encore à trouver. Celui-ci propose l'emploi du chelidonium majus dont il injecte dans le parenchyme du néoplasme un ou deux grammes d'une solution glycérinée d'extrait à 50 0/0. Il se produit, à la suite de l'injection, de petites cavernes qu'on remplit de gaze imbibée de la même solution. Il y a quelquefois une irritation vive, de la douleur. Le néoplasme diminue considérablement de volume, puis disparaît. Travail à rapprocher de l'intéressant article du docteur **Kuhn**, d'Elbeuf (*Gaz. méd. de Paris*, 30 janvier), sur le traitement des cancroïdes de la peau par l'acide chromique et l'acide arsénieux.

Sérumthéraphie dans le cancer.

La sérumthérapie du cancer ne paraît pas faire de progrès. Voici les peu consolantes conclusions d'un travail de **M. G. Brunner** publié dans les *Archives russes de pathologie* et rapporté dans la *Médecine moderne* (6 février 1897, p. 87) :

1° Le sérum bien préparé ne provoque (à la dose de 3-10 cc.) aucun trouble local ni général ;

2° Il ne paraît avoir aucune influence sur le taux d'hémoglobine, ni sur les hématies ;

3° Tous les phénomènes subjectifs provoqués par la tumeur sont très bien influencés par les injections de sérum et, à ce point de vue, le sérum donne de meilleurs résultats que tous les autres palliatifs ;

4° La surface des néoplasies ulcérées se déterge et les hémorrhagies diminuent pendant les injections ;

5° Le sérum n'agit que pendant deux à cinq jours ; et, à défaut d'une nouvelle injection, il y a retour de tous les troubles ;

6° Le sérum ne semble avoir aucune influence sur l'état de la tumeur.

Sur un cas de tétanos guéri par l'antitoxine de Tizzoni.

M. Robustiano Ranfagni rapporte (*Riforma medica*, 1896, n° 218, p. 807) un cas de tétanos survenu chez un enfant qu'il a guéri par les injections d'antitoxine de Tizzoni. Cette observation est intéressante par ce fait que le traitement sérothérapique, pour le cas dont il s'agit, a été mis en vigueur au moment où le tétanos était très nettement déclaré. On sait, en effet, que l'on n'a jusqu'ici attribué au sérum antitétanique qu'une action préventive et non curative.

APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

Pathogénie de l'appendicite.

MM. A. Siredey et **Le Roy** décrivent les lésions qu'ils ont constatées dans cinq cas d'appendicite (*Société médicale des Hôpitaux*, 22 janvier 1897) et tirent comme conclusion de leurs études que les lésions de l'appendice ne semblent pas être consécutives à l'oblitération ; elles en sont, au contraire, probablement la cause, soit que cette oblitération résulte d'une inflammation intense, diffuse, généralisée, soit qu'elle provienne de la sclérose progressive des tuniques. L'oblitération, d'ailleurs, est rarement complète et il n'y a nullement lieu d'admettre que la transformation du canal appendiculaire en vase clos soit fonction d'infection ou d'exaltation de virulence.

C'est aussi ce que déclare **M. Puttemans** au Cercle médical de Bruxelles (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 4 février 1897, p. 120). Pour lui, la doctrine du vase clos est battue en brèche par les faits et le problème ne comporte pas une solution unique, applicable à tous les cas. Le rôle de l'élément infectieux est toujours prépondérant.

A la Société d'Anatomie (5 février 1897), **M. Beaussenat** confirme cette théorie par la présentation de plusieurs variétés d'appendicite expérimentale (*Presse méd.*, 6 février 1897, p. LIX). Dans une première série de faits, on avait produit des lésions gastro-intestinales, par ingestion de viandes avariées. L'appendice présentait différentes lésions, ulcérations multiples, folliculite avec épaississement œdémateux de l'appendice, petits abcès sous-péritonéaux.

Dans une seconde série d'expériences, on lia les vaisseaux qui entourent l'appendice, on provoqua ainsi l'appendicite gangreneuse typique. Dans une troisième série d'expériences, on provoqua une infection sanguine à colibacille et l'on traumatisa l'appendice; ce dernier montra bientôt un ulcère circulaire à bords taillés à pic. Enfin, des lésions d'appendicite folliculaire ont été provoquées par injection intra-appendiculaire de culture de colibacille dans les expériences de M. Beaussenat.

A leur tour, quelques chirurgiens américains, **Robert Morris** en particulier, font jouer un rôle important au traumatisme dans la pathogénie de l'appendicite et Morris pense qu'une des causes de celle-ci est la contusion de l'appendice par les contractions trop répétées ou trop fortes du psoas iliaque (*Méd. mod.*, 6 février 1897, p. 83).

Le résultat de ce traumatisme répété serait la desquamation de la muqueuse appendiculaire; la porte est ainsi ouverte aux agents infectieux qui s'insinueraient dans les parois du conduit et en provoqueraient l'inflammation.

Si l'on songe que chez les bicyclistes les contractions du psoas sont incessantes, il y a lieu de croire que la bicyclette doit être une cause fréquente d'appendicite. En particulier, la montée des côtes nécessitant des contractions forcées de ce muscle fait le danger plus imminent et expose, en outre, l'appendice à une sorte d'étranglement par le bord dur et tendu du muscle en contraction. Enfin, en cas d'appendicite à rechutes, la bicyclette expose encore à la rupture des adhérences péri-appendiculaires et, par suite, à la production d'une crise aiguë.

Traitement de l'appendicite.

M. Ad. Jalaguier (*Presse méd.*, 3 février 1897, p. 53) décrit un procédé capable, d'après lui, d'assurer une solidité durable de la cicatrice après ouverture du ventre pour résection à froid de l'appendice iléo-cæcal.

Sur le milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de l'ombilic, on fait une incision de 8 ou 10 cent. parallèle au bord du muscle externe droit. On fend l'aponévrose du grand oblique dans toute la longueur de la plaie. La lèvre interne de l'incision tendino-aponévrotique est fortement réclinée en dedans pour découvrir la partie externe de la face antérieure du grand droit enfermé dans sa gaine. Cette gaine est incisée dans toute la longueur de la plaie à 1 cent. 1/2 en dedans du bord externe. La lèvre externe de cette incision est disséquée de dedans en dehors jusqu'au bord externe du muscle; on dégage le bord externe du muscle et on le refoule en dedans où deux écarteurs le maintiennent, laissant voir la paroi postérieure de la gaine. Celle-ci (fascia transversalis) est incisée à 1 cent. 1/2 en dedans du sommet de l'angle dièdre formé par sa réunion avec le feuillet antérieur. On fend en même temps le péritoine. Les sections aponévrotiques ne sont donc pas superposées. On arrive ainsi sans difficulté sur le cæcum et l'appendice. Pour la reconstitution, il faut suturer en même temps le péritoine et le fascia transversalis; les écarteurs étant abandonnés, on voit alors le grand droit revenir à sa place et recouvrir le plan profond de la suture. Le bord externe de ce muscle est fixé à la partie moyenne de l'angle dièdre formé par la divergence des deux parois de la gaine. Puis, au-devant de ce muscle, on rapproche les deux bords de l'incision pratiquée sur le feuillet antérieur de la gaine. Un troisième plan de suture est appliqué sur le tendon aponévrotique du grand oblique.

Ainsi, d'une part, le grand droit étant replacé dans sa gaine, les deux sutures profondes sont séparées par toute l'épaisseur de ce muscle et, d'autre part, la suture du grand oblique est placée très en dehors des deux premières: nouvelle condition favorable à la solidité de la paroi.

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement chirurgical de l'infection puerpérale.

M. Prochownik (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 4 fév. 1897, p. 118) présente à la Société médicale de Hambourg (19 janvier 1896) un utérus myomateux provenant d'une femme à laquelle il a fait l'hystérectomie sus-vaginale pour infection puerpérale qui semblait encore localisée à l'utérus. L'opération, faite la nuit, en ville, chez des personnes peu aisées, n'a pas été très facile. Les suites opératoires furent relativement simples, et la malade guérit après avoir présenté des accidents de pyohémie dans les quinze jours qui suivirent l'opération.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Traitement de la cystite tuberculeuse par les injections vésicales d'air stérilisé.

M. Ramond (*Bull. méd.*, 3 février 1897, p. 108) préconise contre la tuberculose vésicale un nouveau traitement dont voici la technique opératoire. On emploie des sondes molles stérilisées et une seringue à hydrocèle de 100 cc. de capacité. Un petit tampon de ouate, mis dans l'embout de la seringue, permet à l'air de filtrer au travers et d'arriver ainsi à la vessie, exempt de tout germe. Le cathétérisme est pratiqué; l'urine s'évacue d'elle-même, et à travers la sonde, laissée en place, une première injection de 100 cc. d'air est poussée doucement dans la vessie. La canule retirée, l'air sort facilement par la sonde. Immédiatement après, on injecte plus rapidement de 250 à 300 cc. d'air. Une pince à forcipressure est mise sur la sonde; et on laisse ainsi l'air en contact avec la muqueuse vésicale 5 minutes environ. Puis on retire brusquement la sonde; l'air force le sphincter et ne tarde pas à être expulsé.

L'opération est renouvelée tous les deux ou trois jours, jusqu'à sédation complète.

Il n'est pas permis, d'après trois cas seulement, de poser les indications thérapeutiques de ce mode de traitement; étant donnés sa simplicité, son innocuité et les bons résultats obtenus, il peut être appliqué avant tout autre traitement. Il convient surtout chez les sujets profondément cachectisés et chez qui toute intervention sanglante est impossible.

Il est probable que l'air injecté agit ici comme il agit dans la péritonite tuberculeuse. Il intervient cependant un autre facteur: la dilatation mécanique de la vessie et du sphincter par l'air injecté sous pression.

On peut comparer cette action de l'air sur le sphincter vésical à celle de la dilatation forcée de l'anus sur celle du sphincter anal dans la fissure douloureuse.

Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la cautérisation de la prostate (viâ recti).

La *Presse médicale* (6 février 1897, p. 60) analyse un travail publié par **Negretto** dans la *Riforma medica* (21 décembre 1896). Dans ce mémoire l'auteur met en parallèle la castration double et la résection bilatérale des canaux déférents, opérations efficaces mais mal acceptées des malades, avec la cautérisation de la prostate par la voie rectale, traitement efficace aussi, très simple et à la portée de tous; elle est exempte de danger et a l'avantage de respecter les organes génitaux et leurs fonctions. Un point important, difficile à obtenir si l'on cherche à pratiquer la cautérisation de la prostate par la voie rectale, est la mobilité de l'organe, sujet à se déplacer à l'occasion de tout mouvement du malade. Le doigt, un crochet mousse ne peuvent que donner une fixation imparfaite; l'auteur se sert d'un crochet aigu d'un centimètre de longueur, lequel termine une tige rectiligne portant des divisions et munie d'un manche. Le crochet qui termine la tige est fixé dans la prostate sur le doigt qui le guide; le manche permet d'exercer une traction légère; la lecture du numéro de la tige avertit du déplacement, si cette éventualité se produit. La technique de l'intervention est la suivante : la veille de l'opération, purgatif salin; une heure avant l'opération, lavement; le malade est chloroformé, et placé, le bassin élevé, dans la position de la taille périnéale; le rectum est dilaté par le spéculum de Collin ou de Weis et obturé, un peu au-dessus de la glande, par un tampon de gaze iodoformée; le spéculum est retiré, l'index gauche est introduit et sa pointe tenue sur le milieu de la prostate; le crochet, guidé sur le doigt, est fixé solidement dans l'organe; on lit le numéro de la division de la tige, puis le manche est passé à un aide qui exerce une traction légère; le spéculum est replacé, et on cautérise au thermo-cautère, plus ou moins largement, selon les cas. L'opération dure deux minutes.

COU, CRANE, FACE

Traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

M. Jaboulay (*Lyon médical*, 7 février 1897, p. 211) dit que toutes les formes de goitre exophtalmique, primitive avec ou sans goitre, secondaire à une hypertrophie thyroïdienne, nous ont donné des succès thérapeutiques. Nous pouvons donc dire : La méthode de choix dans le traitement de la maladie de Basedow est et doit être la section du sympathique cervical. Sous cette dénomination, il faut comprendre aussi la résection d'une partie de ce nerf. C'est une opération facile et qui est sans gravité dans ses phénomènes immédiats comme dans ses résultats éloignés.

Etant inoffensive, elle est, sans conteste, préférable aux opérations intrathyroïdiennes, énucléation ou thyroïdectomie partielle, comme aux opérations extrathyroïdiennes qui ont toutes des désastres à leur passif.

Le lendemain même de l'opération, on constate une diminution du goitre. L'œil et le cœur sont, eux aussi, rapidement influencés par la section du sympathique.

M. Thoman-Jonnesco a vu, à son tour (*Centr. f. Chir.*, n° 2, 1897), par suite de cette intervention, l'exophtalmie et le goitre rétrocéder, tandis que la tachychardie a persisté dans un cas. Voici quelles sont ses conclusions (*Bull. Méd.*, 3 février 1897, p. 113) : La résection bilatérale et totale du sympathique cervical peut se faire sans amener de troubles ultérieurs. Sans être précisément facile, elle est toujours possible par un chirurgien exercé. Dans la maladie de Basedow, elle est absolument indiquée et doit être complétée par la ligature de l'artère vertébrale.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Diagnosic précoce de la coxo-tuberculose.

Le docteur **Alexandroff** (de Moscou) pense que la douleur, la claudication, la contracture musculaire permettent de porter le diagnostic précoce de coxalgie, mais ne fournissent aucune indication sur la nature tuberculeuse de celle-ci. L'hypertrophie graisseuse sous-cutanée est, d'après lui, un des premiers symptômes et un phénomène constant dans la coxo-tuberculose. Pour apprécier celle-ci, l'auteur a imaginé un appareil spécial, une sorte de compas comparable à celui de Weber, et est tellement confiant dans ce signe qu'il hésite à porter le diagnostic de coxalgie tuberculeuse toutes les fois que ce signe fait défaut, quand bien même les autres signes dits classiques sont très manifestes. (*Scalpel* et *Arch. méd. belges*, janvier 1897, p. 33.)

Diagnostic de la psoïtis.

A propos d'un malade qu'il présente à la *Société nationale de médecine de Lyon* (11 janvier 1897) et qu'il a opéré pour une psoïtis d'origine traumatique suppurée, **M. Gangolphe** appelle l'attention sur un signe particulier très intéressant de la psoïtis : il s'agit d'une douleur provoquée par la pression au niveau du petit trochanter, douleur accompagnée de tuméfaction et d'œdème de la partie supérieure et interne de la cuisse.

Traitement de certaines névralgies rebelles par la résection intra-durale des racines postérieures.

A l'avant-dernière séance de l'Académie de Médecine (séance du 19 janvier 1897), **M. Chipault** a présenté un malade auquel il avait fait, deux ans auparavant, la résection intra-durale de la huitième racine postérieure cervicale droite pour une névralgie atroce du membre supérieur droit. Le malade a totalement guéri et la guérison se maintient sans que l'opération ait laissé trace d'altération fonctionnelle motrice ni sensitive.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La déclaration des fœtus âgés de moins de six mois est-elle obligatoire ?

Au cours de l'année dernière, la question de savoir si la déclaration des embryons et des fœtus était obligatoire est venue devant la Société de médecine légale sans recevoir de solution bien claire. Le point étant d'une importance assez grande dans la pratique, il n'est pas sans intérêt de faire connaître l'état actuel de la question.

Les premières décisions judiciaires intervenues à la suite de la promulgation de la loi du 13 mai 1863 modifiant l'article 345 du Code pénal, semblèrent poser en principe que le produit de toute grossesse devait être déclaré et représenté, quel que fût son degré de développement. Mais cette jurisprudence fut bientôt abandonnée : on ne tarda pas à reconnaître que si elle était de nature à sauvegarder dans une certaine mesure l'intérêt social en facilitant la découverte et en assurant la répression des crimes d'avortement et d'infanticide, elle avait l'inconvénient grave de jeter le trouble et l'inquiétude dans les familles et de blesser dans bien des cas la pudeur publique. D'ailleurs, envisagée au point de vue strictement juridique, l'interprétation qui avait tout d'abord prévalu soulevait des objections graves qui furent avec raison jugées décisives. On fit remarquer que le législateur, en imposant à certaines personnes les obligations de déclarer et de présenter les nouveau-nés et en édictant des peines contre leur suppression, s'était servi du mot *enfant* et que cette expression ne pouvait s'entendre que d'un être organisé.

En l'absence d'une définition légale, on pensa qu'il y avait lieu de se référer à l'article 312 du Code civil, qui a fixé au minimum de six mois à dater de la conception le temps nécessaire pour que l'être humain réunisse toutes les conditions organiques de l'existence et puisse être considéré comme viable. On fut ainsi amené à décider que *la déclaration et la présentation du produit d'un accouchement survenu avant terme* (c'est-à-dire avant la fin du sixième mois) *ne sont pas obligatoires* et que *la suppression en tombe pas sous le coup de la loi.*

C'est à cette jurisprudence que vient de se ranger tout dernièrement le tribunal correctionnel de Toulouse dans une affaire où une sage-femme et une de ses pensionnaires accouchée d'un « enfant sans vie de quatre à cinq mois » étaient prévenues, la première d'avoir omis de déclarer l'enfant, et la seconde d'avoir supprimé ledit enfant (le corps du fœtus avait été porté au cimetière par la fille de la sage-femme, qui, pour ce fait, fut impliquée dans les poursuites pour suppression d'enfant). Le tribunal a relaxé les prévenues, les constatations de la procédure démontrant que la pensionnaire n'était enceinte que de quatre mois et demi au plus lorsqu'elle accoucha.

(*Semaine médicale.*)

NOTES POUR L'INTERNAT

RAPPORTS DU REIN (1)

(*Suite.*)

E. Rapports.

1° Face antérieure.

En avant du rein se trouvent donc, ainsi que cela a été expliqué par l'embryologie (voyez *Gaz. Méd.*, 1897, p. 36, col. 1) : 1° le tube digestif et les glandes qui ont bourgeonné de lui (foie, pancréas, rate); 2° les vaisseaux qui, partis de l'aorte, au milieu, vont, sur les côtés, irriguer cet intestin ou ses dépendances glandulaires.

A. Rapports avec le tube digestif.

1° *Estomac.*

Primitivement rectiligne, le tube digestif, non seulement est devenu tortueux en s'allongeant, mais encore a subi un mouvement de torsion qui a porté à gauche son segment supérieur, c'est-à-dire l'estomac. C'est donc avec la face antérieure du rein gauche que l'estomac est en rapport par son grand cul-de-sac (sur l'excellente figure ci-jointe de Farabeuf et Récamier, suivre en pointillé la petite courbure de l'estomac tout entière et le commencement de la grande courbure).

2° *Intestin grêle.*

Une partie des anses de la portion mobile de l'intestin grêle se développe d'une façon plus ou moins irrégulière en avant du rein ; mais la portion fixe de cet intestin, celle autour de laquelle s'est opérée la torsion et qui est restée appliquée contre la paroi postérieure de l'abdomen, est demeurée en rapport fixe avec le rein : c'est le duodénum. Les reins sont tous les deux en rapports avec le duodénum, mais d'une manière tout à fait différente. Le duodénum, ainsi qu'on sait, décrit une grande anse à concavité supérieure, comme une sorte d'O incomplètement fermé en haut, qui ramène presque sa terminaison à la hauteur du point où il a pris son origine. Or, le pylore, origine du duodénum, étant à droite de la ligne médiane, il suit de là que c'est avec le rein droit que le duodénum est en rapport quelques centimètres après sa naissance, et avec le rein gauche qu'il est en rapport à sa terminaison. Voici comment :

La *première portion* du duodénum est d'abord en rapport non pas avec le rein droit, mais avec le pédicule de ce rein ; elle gagne ainsi le hile du rein, puis sa face antérieure sur laquelle, dans le sens vertical, elle ne dépasse pas le plan du pédicule vasculaire, et sur laquelle, dans le sens transversal, elle s'avance assez peu pour rester bien plus éloignée du bord externe que du bord interne.

La *seconde portion* naît donc là, sur le plan du hile, à la hauteur de la IIe lombaire, descend presque verticalement sur la partie interne de la face antérieure dont elle recouvre d'autant moins d'étendue — puisque le rein est oblique en bas et en dehors — qu'elle descend davantage; cette portion du duodénum finit au-dessous de la IIIe lombaire, plus bas que le rein, ce qui signifie qu'une partie de son trajet, la partie inférieure, au lieu de recouvrir la face antérieure du rein, recouvre seulement la face antérieure de l'uretère, celui-ci étant d'ailleurs plus interne.

La *troisième portion* passe en travers de la colonne lombaire (IVe lombaire), marchant vers la gauche, bien plus bas que les deux reins.

Mais la *quatrième portion* qui, née sur le côté gauche de la partie supérieure du corps de la IVe lombaire, se porte en haut et à gauche, se met en rapport avec le bord interne de la partie inférieure du rein gauche.

(*A suivre.*)

(1) Notes prises par un étudiant au cours de M. Pierre Sebileau. — Voir *Gazette Médicale*, 1897, nos 3 et 4.

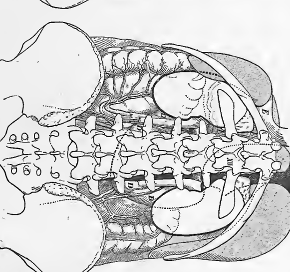
Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

RAPPORTS DU REIN (FACE ANTÉRIEURE)

(*D'après* FARABEUF *et* RÉCAMIER)

XIIe Côte longue.



XIIe Côte courte

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

CAUSERIE DE L'HOPITAL COCHIN — M. PIERRE SEBILEAU

Traitement des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale.

II

De même qu'il m'a convenu l'autre jour, en vous disant mon opinion sur la nature des adénomégalies chroniques de la région cervicale, de vous parler seulement, pour ne pas embrouiller la question, des adénopathies dites *primitives*, et de laisser tout à fait dans l'ombre, comme n'ayant rien à faire dans la discussion, les adénopathies dites *secondaires* (celles, par exemple, qui évoluent parallèlement à une ulcération tuberculeuse de la bouche ou du naso-pharynx, à un mal de Pott cervical, à une carie tuberculeuse du rocher), de même, aujourd'hui, dans cette causerie proprement thérapeutique, j'entends ne point m'occuper de ces dernières. Et quelles règles, en effet, pourrais-je, en ce qui concerne leur traitement, formuler devant vous? Ne sont-elles pas liées, ces adénopathies secondaires, au processus plus ou moins éloigné qui les a engendrées? Leur évolution n'est-elle pas, comme la thérapeutique qui leur convient, subordonnée à l'évolution et à la thérapeutique de la maladie dont elles ne sont qu'un reflet plus ou moins atténué? Il est donc bien entendu que c'est seulement des adénopathies tuberculeuses ou pseudotuberculeuses dites primitives que nous allons parler.

Eh bien ! celles-ci, à envisager les indications que fournit à la direction du traitement le moment où on les observe, peuvent être divisées en trois catégories que voici : 1° adénopathies ramollies mais fermées; 2° adénopathies ramollies et ouvertes; 3° adénopathies non ramollies. Je n'ai pas besoin, je pense, de corriger ce que cette division a de trop absolu et de trop schématique en vous rappelant que ces trois formes d'adénomégalie peuvent concurremment se rencontrer sur la *même* région d'un *même* sujet; cela importe peu ; il y a toujours, en réalité, une lésion dominante qui entraîne la thérapeutique; et puis, n'est-il pas vrai que vous apprendrez peu à peu, par la fréquentation de l'hôpital et des malades, à adapter à tous les cas particuliers de votre futur exercice médical les conseils fatalement un peu compréhensifs et abstraits que vous tiendrez de vos livres et de vos maîtres? Au reste, à une adénopathie *mixte*, qui est dure, molle ou suppurée suivant les points où on la considère, convient en toute évidence, une méthode de traitement mixte; c'est, du reste, ce que je vous expliquerai tout à l'heure.

1° Adénopathies ramollies mais fermées. — Dans cette catégorie rentrent deux variétés d'adénites tuberculeuses : 1° celles qui sont frappées de dégénérescence, de nécrobiose de la néoplasie tuberculeuse, mais qui n'ont pas été encore envahies par un des agents de la suppuration et n'ont pas encore contracté d'adhérences avec les téguments: 2° celles qui, ayant subi la transformation purulente, pointent vers la peau et la menacent. Aux unes et aux

autres vous me voyez couramment appliquer la même thérapeutique :

J'incise, je curette, je frotte de chlorure de zinc ou bien de teinture d'iode les parois du foyer, je draine et je suture partiellement. Suivant l'étendue des lésions, leur profondeur, le nombre des ganglions atteints, j'emploie l'anesthésie locale ou l'anesthésie générale, presque toujours, cependant, cette dernière, et voici pourquoi : c'est, précisément, qu'à côté des glandes ramollies ou suppurées, l'opérateur rencontre souvent de gros ganglions durs plus ou moins masqués par elles, ganglions dont il convient — voilà une des formes de la méthode mixte — de pratiquer l'énucléation. J'oserais à peine vous faire remarquer. tant la chose est banale, que je donne à l'incision des téguments une longueur très variable suivant la forme, le siège et l'étendue du mal, si je ne tenais, pour les cas où vous opérerez des adénopathies simplement ramollies et encore recouvertes d'une peau saine, à atténuer dans votre esprit la portée du conseil que je vous donne chaque jour, à propos de l'ouverture des cavités purulentes, et qui est celui-ci : « Incisez largement, très largement ». C'est encore ce conseil, assurément, que vous devrez suivre dans le traitement des adénites tuberculeuses suppurées adhérentes à une peau amincie, violacée, décollée ; mais, au contraire, il sera sage, si les lésions se sont cantonnées dans une zone étroite et si les téguments n'ont encore subi aucune atteinte. vous rappelant combien laides et désagréables sont les cicatrices du cou, de pratiquer dans la mesure du possible ce que mon vieux maître Verneuil appelait : « l'économie de la peau humaine ».

Ainsi donc, cela est bien entendu : à adénopathies ramollies, suppurées ou non, incision, curettage et drainage. Ne tentez pas autre chose ; ne perdez pas votre temps en applications inutiles de topiques dits résolutifs — par antithèse sans doute. Vous ne gagnerez rien à différer l'intervention : un jour ou l'autre, il faut en venir à elle.

L'un de vous me demandait, tout récemment, pourquoi je ne conseillais pas l'usage des injections modificatrices pratiquées dans la caverne ganglionnaire (éther iodoformé, huile iodoformée, naphtol campbré, teinture d'iode, etc.). Eh bien, tout simplement parce que je considère ce traitement comme très inférieur à l'action chirurgicale directe. J'en ai fait et vu faire beaucoup de ces injections interstitielles ; j'en ai appris le manuel opératoire chez mes maîtres Verneuil et Le Dentu : au total, je ne crois pas avoir observé un seul cas où elles aient franchement amené la résolution de l'adénite sans provoquer, tôt ou tard — ordinairement assez tard — l'ouverture spontanée de l'abcès tuberculeux. Souvent, même, j'ai vu cet abcès, vidé à l'extérieur, ne pas encore guérir sans curettage. Alors, pourquoi perdre tout ce temps? Pour assurer, dit-on. la désinfection du foyer tuberculeux avant l'action chirurgicale ! Il y aurait, je crois, beaucoup à discuter sur ce point : en tous cas, mince bénéfice, croyez-moi, pour tant de jours perdus.

Les injections modificatrices trouvent cependant leur indication chez quelques malades ; quand les lésions sont très étendues et que plusieurs groupes ganglionnaires sont frappés d'adénopathies suppurées, quand l'état général du sujet est mauvais, quand la tuberculose a envahi d'autres organes, les viscères surtout, le poumon en particulier, alors, oui, l'intervention sanglante est inutile et dangereuse et je vous la déconseille fermement. Il n'est pas rare, dans ces cas, de la voir suivie, à brève échéance, d'une poussée de tuberculose aiguë qui emporte le malade en quelques jours. Voilà donc où seront justifiées par la nécessité de ne pas laisser la porte béante à l'infection bacillaire en ouvrant des vaisseaux, et aussi par celle de pas diminuer par le traumatisme la résistance du sujet ; voilà, dis-je, où seront justifiées les injections modificatrices que je proscris en toute autre occurrence.

2° *Adénopathies ouvertes*. — C'est le même traitement. incision, curettage, frottage au chlorure de zinc, qui convient aux adénites ouvertes. Il faut largement agrandir l'orifice fistuleux, se donner du jour, suivre les prolongements, pénétrer dans les culs-de-sac, détruire partout la paroi sécrétante, désinfecter les foyers, les drainer, et souvent réséquer tout autour du point où s'est faite « l'abcession » un segment de peau en souffrance, privée de vitalité et participant au processus tuberculeux.

Ici encore, quelques sujets échappent à l'action chirurgicale. Que faire, en effet, en matière d'opération, à ces malades misérables, pâles et émaciés, dont le cou est criblé d'orifices fistuleux, couturé de cicatrices anciennes, gonflé « d'écrouelles » et tout suintant « d'humeurs froides » ? Tout simplement des injections de teinture d'iode, de naphtol camphré ou d'huile iodoformée, et c'est tout.

3° *Adénopathies non ramollies*. — Aujourd'hui ma conviction est bien faite. Toutes les fois que je suis consulté pour une adénomégalie chronique du cou,

que cette adénomégalie soit récente ou déjà vieille de quelques mois, qu'elle soit superficielle ou profonde, sous-maxillaire, jugulaire externe, carotidienne, susclaviculaire ou sous-occipitale, qu'elle frappe un ou plusieurs ganglions, du moment qu'elle n'est ni ramollie, ni suppurée, je ne l'opère jamais sans avoir pendant plusieurs semaines au moins — en tenant le malade sous mon observation — soumis le sujet au traitement médical. Et j'ajoute qu'en dirigeant ainsi ma thérapeutique, j'évite, aux trois quarts des malades au moins, une intervention chirurgicale qui n'est pas sans avoir pour eux de sérieux inconvénients. Oui, cette ablation des ganglions du cou (car c'est l'opération qui convient aux adénites non ramollies) a de sérieux inconvénients; elle est, ou, tout au moins, peut être inutile, difficile et nuisible. Je vais vous le prouver.

Je dis qu'elle est peut être inutile. Qui de vous ne se souvient avoir vu, dans le cours de l'année passée, plus de dix malades, enfants ou adultes, presque tous pauvres, partant soumis à une hygiène défectueuse, guérir, sous l'influence du traitement général que nous leur avons conseillé, de multiples adénites chroniques du cou? Elles n'étaient pas tuberculeuses, direz-vous : peut-être, en effet, et c'est précisément pour cela que je ne veux pas que vous opériez les autres avant de tenir pour certain qu'elles le sont et qu'elles vont évoluer comme telles. Inutile donc, l'opération, parce que souvent la cure médicale suffit. Inutile encore, parce qu'elle ne prévient nullement la récidive. Retenez, sur ce point, l'histoire que voici de deux jeunes malades (16 et 20 ans) que j'observais récemment. Tous les deux portaient sur le cou, dans la région sous-maxillaire, l'un surtout qui avait été naguère aux prises avec un chirurgien sale, deux cicatrices plissées, gaufrées, violacées, adhérentes : on leur avait enlevé, à l'un et à l'autre, des ganglions tuberculeux ou pseudo-tuberculeux non suppurés. Sous ces cicatrices, de nouvelles adénopathies s'étaient développées, plus volumineuses que les anciennes. En quelques mois, sous l'influence du traitement général, tout cela disparut. Et c'est une nouvelle opération qu'on était venu solliciter de moi.

Je dis que l'opération peut être difficile. Non, assurément, quand il s'agit d'adénites de la chaîne jugulaire externe; oui, certes, quand il est question d'enlever les ganglions carotidiens. Ils tiennent souvent à la gaine du paquet vasculo-nerveux, ces ganglions carotidiens, n'en sont séparés quelquefois qu'avec difficulté, après d'infinies précautions, non sans risques, et dans de telles conditions qu'il faut, en certains cas, abandonner la fin de la partie et laisser en place, sur la paroi vasculaire, la coque ganglionnaire qui lui adhère. Il n'est pas jusqu'à ces petits ganglions sous-maxillaires, qui roulent pourtant si facilement sous le doigt, semblent si superficiels et dont l'exérèse est si tentante, qui ne réservent aux tout jeunes opérateurs quelque émotion au moment de la section de l'artère et de la veine faciales, qu'on coupe presque toujours quand on libère profondément la petite tumeur.

Je dis, enfin, que l'opération peut être nuisible. Car cela est une opération nuisible qui, n'étant pour le malade d'aucun bénéfice évident, l'expose aux dangers, infiniments petits il est vrai, de la chloroformisation et de l'infection, mais, d'une façon presque inévitable, aux ennuis d'une cicatrice que la poussée de la barbe peut dissimuler chez l'homme, mais qui reste à tout jamais visible chez la femme.

Et voilà pourquoi je dis qu'il faut toujours commencer par une thérapeutique médicale la cure des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale. Cette thérapeutique, c'est l'air, le soleil, la mer, le massage, l'exercice physique, l'huile de foie de morue, l'iode, l'arsenic, la glycérine, les phosphates, que sais-je encore? Voici, par exemple, entre bien d'autres, un exemple, très imparfait, sans nul doute, d'ordonnance médicale :

1° Se lever, chaque matin, d'assez bonne heure, pour faire, avant de commencer son travail, une promenade à pied ou à bicyclette (allure très modérée, guidon très haut), d'au moins une heure.

2° Après cette promenade, prendre un tub froid et faire ensuite, sur tout le corps, une friction sèche avec un gant de crin; déjeuner avec lait bouilli, pain, œufs, beurre.

3° Travailler dans une pièce exposée au soleil (bains de soleil); avoir soin de laisser la fenêtre toujours ouverte ou d'aérer la pièce le plus fréquemment possible.

4° Courte promenade à pied avant et après déjeuner.

5° Alimentation avec viandes bien cuites (rôties ou grillées), poissons, lait bouilli, œufs; utiliser des fécules et des aliments gras quand ceux-ci sont bien supportés.

6° Avant le dîner, si possible, nouvelle promenade d'au moins une heure à bicyclette.

7° Coucher dans une chambre dont une fenêtre au moins sera ouverte jour et nuit, hiver comme été, mais s'y garer du froid et du courant de l'air.

8° Avant le coucher, faire sur tout le corps une friction à l'alcool après une séance d'exercices d'assouplissement des membres et du tronc (gymnastique suédoise).

9° Le matin, au lever, prendre, dans un quart de verre d'eau stérilisée, quatre gouttes de :

Liqueur de Fowler .... 20 grammes.

Etiquetez : *Poison*. Augmenter chaque jour d'une goutte jus-

qu'à concurrence de dix. Diminuer ensuite d'une goutte par jour jusqu'à quatre gouttes. Suspendre huit jours et recommencer ensuite de la même manière.

10° Un quart d'heure avant chacun des deux principaux repas, prendre quatre cuillerées à potage de :

Huile de foie de morue................ Un litre.

Chacune de ces prises sera suivie de l'ingestion, dans une cuillerée d'eau stérilisée, d'un cachet contenant :

Poudre de pepsine amylacée.. 0 gr. 25 centigr. (n° 20).

11° A la fin de chacun des deux principaux repas, prendre, dans une double quantité d'eau, un verre à liqueur du vin composé suivant :

Vin de Malaga..............	Q. S. pour un titre.
Glycérine neutre..........	50 grammes.
Phosphate de soude .... }	àà 10 —
Phosphate de chaux.......... }	
Extrait mou de quinquina..	15 —

12° Prendre, trois fois par semaine, un bain dans lequel on fera dissoudre :

Chlorure de sodium............ 1.000 grammes.

13° Habiter, dans la mesure du possible, la campagne. Passer une partie de l'été à Biarritz (salins), à Salies-de-Béarn, ou tout au moins sur une plage quelconque.

Bien entendu, vous pouvez varier à l'infini vos ordonnances suivant l'âge du malade, sa profession, sa fortune, la saison de l'année, etc.

Mais à tout cela quelques adénopathies restent réfractaires. Les unes se ramollissent et sont alors justiciables du traitement que je vous ai déjà indiqué; les autres restent dures et n'évoluent ni vers la résolution, ni vers la suppuration; que faut-il faire vis-à-vis ces dernières? Cela dépend. Ou bien les ganglions sont conglomérés et forment une véritable tumeur isolée, parfaitement délimitée; il n'y a point alors d'hésitation possible, il faut opérer; il faut d'autant plus opérer qu'on est souvent pressé par le malade, las, enfin, de porter une lésion défigurante qui le trouble dans l'exercice de sa vie sociale. Ou bien, au contraire, l'adénopathie, au lieu de se cantonner, s'infiltre sur toute l'étendue d'une ou de plusieurs chaînes ganglionnaires; je crois qu'en pareil cas le mieux est d'attendre et de continuer le traitement médical, sauf, si cela devient nécessaire ou utile, à extirper, en attendant, tel groupe ganglionnaire qui menacerait d'être trop gênant. Un jour ou l'autre, il faudra bien que l'adénite prenne un parti : qu'elle rétrocède, auquel cas l'abstention aura été une heureuse chose, ou bien qu'elle soit frappée de nécrobiose et de suppuration ; c'est alors que vous la traiterez selon la méthode que je vous ai enseignée.

Je me résume : Toute adénite tuberculeuse ou soupçonnée tuberculeuse de la région cervicale, à quelque période qu'elle soit arrivée de son évolution, commande, avant toutes choses, la mise en œuvre d'un traitement médical sévère dont l'importance est toujours considérable. Tant que cette adénite n'est ni ramollie ni suppurée, il ne faut opérer que le jour où l'on peut, après un ou plusieurs mois, déclarer ce traitement médical franchement inefficace; on pratique alors l'ablation de la tumeur ganglionnaire. Les adénopathies ramollies nécessitent l'intervention chirurgicale hâtive; il faut inciser le foyer et en pratiquer le curettage; les injections interstitielles sont cependant quelque fois indiquées; mais elle ne constituent qu'un pis aller.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 février. — Présidence de M. Delens.

Chirurgie du poumon.

M. Lejars. — Je viens apporter au débat les deux faits qui ont été relatés par M. Fernet dans sa leçon sur les localisations pulmonaires auxquelles il a été fait allusion par M. Tuffier dans les dernières séances.

Les deux faits ont trait à des cas de gangrène pulmonaire pour lesquels j'ai fait la pleurotomie. Les deux malades sont morts. Mais la technique que j'ai suivie au cours de mes deux opérations et les résultats de l'autopsie méritent d'être rapportés ici.

Mon premier opéré était un homme de 50 ans, d'aspect précaire et atteint de paralysie générale. Il présentait, dans le service de M. Fernet, depuis dix jours, des signes de gangrène pulmonaire, haleine fétide, crachats grisâtres, le tout accompagné de fièvre. Comme signes physiques, on entendait des râles sous-crépitants confluents à la partie supérieure de la fosse sous-épineuse du côté droit. Cette localisation du foyer de la gangrène a été faite par M. Fernet lui-même. Au niveau de ce foyer j'ai fait une incision convexe en has. J'ai réséqué environ 8 centimètres des 4e, 5e et 6e côtes.

Je déclare que le décollement du feuillet pariétal de la plèvre au niveau de ces côtes a été des plus faciles. J'ai même pu décoller la plèvre, en dedans, à un niveau supérieur à celui des côtes réséquées. J'ai fait remarquer la facilité de ce décollement pleuro-pariétal à mon maître M. Théophile Anger et à M. Fernet, qui assistaient à l'opération.

J'ai alors cherché à explorer la surface du poumon dans le but de découvrir le foyer présumé de la gangrène. J'ai découvert ainsi un point où le poumon était épaissi. Mais j'avoue que je n'avais par ce toucher extra-pleural que des

sensations vagues. J'ai alors fait à la plèvre pariétale nne incision de deux centimètres. La plèvre n'était pas adhérente. J'ai introduit le doigt dans la grande cavité pleurale avec une pince qui est allée saisir le poumon pour l'amener au dehors. Au cours de ces manœuvres, aucun incident respiratoire ne s'est produit chez mon malade.

Le poumon ayant été ainsi amené au niveau de l'orifice pleural, en guise de bouchon empêchant la pénétration de l'air, j'ai procédé à son exploration minutieuse.

Je n'ai rien trouvé d'anormal, sauf, en dedans, au point déjà présumé à la suite du palper extra-pleural du poumon, où j'ai senti un épaississement de la périphérie du poumon avec des adhérences pleurales. J'ai donc agrandi mon incision pleurale de ce côté. Je suis alors tombé sur une cavité d'où s'écoulait un liquide sanieux, fétide, noirâtre. Les bords de cette cavité ont été fixés avec des pinces et réunis à la paroi à l'aide de fils de catgut. Le foyer de la gangrène pulmonaire a été ainsi marsupialisé en quelque sorte.

Les suites immédiates de cette opération ont été bonnes. Mais le lendemain, le malade n'allait plus aussi bien. Il avait le râle trachéal, le pouls fréquent, etc. On a injecté deux litres de sérum. Un peu de mieux a suivi. Mais le malade urinait peu, et il est mort le surlendemain de l'opération.

L'autopsie nous a montré des lésions rénales avancées, le rein était petit, dur, ratatiné, scléreux. Le malade est donc mort d'insuffisance rénale, après une injection de sérum. Et, en réalité, le foyer de gangrène pulmonaire qui siégeait bien au niveau de la partie postérieure, inférieure et interne du lobe supérieur du poumon droit, aurait parfaitement pu guérir sans le mauvais état préalable des reins du malade.

Chez le second malade, homme pâle, amaigri, âgé de 33 ans, toussant beaucoup, ayant le teint bouffi, M. Fernet avait fait le diagnostic de broncho-pneumonie du poumon droit avec induration partielle du lobe supérieur droit d'origine tuberculeuse. Cependant ce malade avait une expectoration purulente et fétide, et à certains moments, on percevait après sa toux des poussées d'haleine extrêmement fétide, caractéristique d'un foyer de gangrène.

On trouvait, pouvant permettre de préciser le diagnostic, une zone de submatité à la base du poumon droit. M. Fernet pensait, en définitive, qu'il s'agissait ici d'un foyer de gangrène pulmonaire de la base du poumon droit chez un malade atteint, d'autre part, d'une induration tuberculeuse du sommet du même poumon. Dans ces conditions, une intervention fut décidée. Je taillai donc un lambeau de peau, à base supérieure, au niveau de la base du thorax. Je commençai par réséquer 8 ou 9 centimètres des trois côtes voisines. Je note que le décollement de la plèvre fut encore facile, à ce niveau, sur un rayon d'au moins cinq centimètres. J'avais donc ainsi dépassé de beaucoup la région qui m'avait été indiquée par M. Fernet. Je cherchai alors, comme dans l'observation précédente, à explorer le poumon par le toucher extra-pleural. Mais ce fut sans résultat. Donc, j'incisai la plèvre. Ici, il y avait des adhérences pleurales, mais c'étaient des adhérences lâches. J'en ai néanmoins profité pour creuser dans le parenchyme pulmonaire une sorte de puits, allant ainsi à la recherche du foyer de gangrène, par une sorte de palper combiné avec l'autre main libre appliquée sur la paroi thoracique. Ce fut encore sans succès. Je réunis alors le poumon avec la paroi. Le malade mourut le surlendemain au milieu d'une expectoration abondante et fétide.

L'autopsie a révélé l'existence d'un foyer de gangrène pulmonaire dont le siège avait été méconnu. Ce foyer siégeait dans le lobe supérieur droit et non pas dans le lobe inférieur. Dans ce dernier, nous n'avons pu trouver que des noyaux de broncho-pneumonie disséminés. Cette erreur dans la délimitation du foyer des lésions pulmonaires est fréquente, même de la part de médecins expérimentés. Il est certain que l'on pourrait rendre de grands services à des malades du genre de ceux dont je viens de parler. si par des procédés moins infaillibles, tels que la radiographie, par exemple, on était parfaitement assuré du siège de leurs lésions.

Quoi qu'il en soit, je conclus en disant :

a) Que le décollement de la plèvre pariétale peut être facile à faire et qu'il y a, dès lors, avantage à user de ce procédé avant d'aller plus loin.

b) Dans une de mes deux opérations, l'exploration transpleurale du poumon, après une incision étroite de la plèvre, a permis de prévenir l'entrée d'une quantité d'air trop considérable pour ne pas donner lieu à de graves incidents.

c) J'ai tracé une fois un canal extraordinairement profond dans le parenchyme pulmonaire sans être gêné par l'hémorrhagie.

Je pense donc, en définitive. qu'il ne faut pas tirer de toute cette discussion des conclusions intransigeantes. Je persiste à croire que, dans cette chirurgie du poumon, qui est une chirurgie toute neuve, ce sont les faits nombreux qui permettront de conclure, et encore ne faudra-t-il, de longtemps, être absolu en fait de conclusion, de peur de les voir infirmées par des faits contradictoires.

M. Bazy. — La première opération de M. Lejars ressemble absolument à celle que j'ai faite pour un cas analogue et que je vous ai communiquée ici.

La seule différence consiste dans ce fait que M. Lejars a réséqué trois côtes et que je n'en avais réséqué que deux. Il a ouvert, en somme, une fenêtre plus grande que la mienne pour explorer le poumon. Je note, de plus, que M. Lejars ne s'est pas cantonné dans l'exploration intrapleurale du poumon. Mais il a incisé la plèvre sans incident. Il a fait, en somme, tout comme moi, la pleurotomie exploratrice, de même que l'on fait la laparotomie exploratrice.

M. Tuffier n'avait donc pas lieu de compter les observations de M. Lejars à l'appui des idées qu'il a défendues à propos de la chirurgie du poumon. Que M. Lejars ait pu facilement décoller la plèvre. cela n'a rien d'étonnant, mais c'est là tout ce que ses observations mettent à l'actif de mes contradicteurs.

De même, M. Brun, que je me permets à mon tour de mettre en scène, comme l'a déjà mis M. Tuffier, a très bien pu décoller la plèvre, mais il n'a rien trouvé par l'exploration du poumon à travers la plèvre décollée. Toutes ces observations n'ont donc rien à faire dans le débat qui nous occupe.

A propos des idées soutenues ici par M. Delorme au cours de la dernière séance, sur l'influence de la ventilation pulmonaire dans la chirurgie du poumon, je viens apporter une observation intéressante que je m'étais d'abord proposé de conserver comme observation d'attente, mais que la discussion de M. Delorme m'engage à vous signaler.

Il s'agit d'un homme de 33 ans, chez lequel les médecins avaient fait le diagnostic de pleurésie enkystée fétide, et chez lequel ils avaient fait une ponction au niveau du septième espace intercostal.

Je n'ai pas pu savoir exactement pourquoi une ponction avait été faite à ce niveau; à ce niveau, on trouvait de la submatité.

Cela se passait le 29 janvier dernier. Le lendemain, 30 janvier, le malade eut soudain une vomique abondante et noirâtre et l'on trouva en arrière, à trois ou quatre centimètres de la colonne vertébrale, au niveau des septième et huitième espaces intercostaux, les signes d'une caverne pulmonaire.

L'état général s'aggravant, je résolus d'intervenir.

J'incisai le huitième espace intercostal, en arrière de la ligne axillaire. Je réséquai une côte, la plèvre m'apparut malade. Avec le thermo-cautère, je fis l'incision d'une cavité pleurale remplie d'un liquide fétide ; le doigt, mis dans cette cavité, pouvait être promené sur la face interne des côtes, montrant bien que j'étais dans la cavité de la plèvre. En promenant mon doigt dans la cavité, je ne pus ni atteindre le poumon en dehors, ni atteindre le diaphragme en bas. En haut et en dedans, au contraire, il y avait des adhérences.

Puis, à la suite d'incidents de respiration qui nous avaient obligés à pratiquer la respiration artificielle, je remarquai que mon doigt introduit dans la plèvre sentait le poumon beaucoup plus proche qu'auparavant. Le poumon était donc, cette fois-ci, accolé à la paroi thoracique. Cet accolement, ce déplissement du poumon ne pouvait être dû qu'à la respiration artificielle, ou bien au changement de position imprimé au malade. Pour savoir la vérité, j'ai couché de nouveau le malade sur le côté, et j'ai vu qu'aussitôt le poumon se rétractait. C'était donc bien à la ventilation pulmonaire provoquée par la respiration artificielle qu'était dû le déplissement. D'atélectasié qu'il était, grâce au pyo-pneumothorax, le poumon reprenait donc ainsi ses rapports de contiguïté avec la paroi thoracique.

Le malade est mort. L'autopsie a démontré qu'il s'agissait bien d'une pleurésie enkystée de la grande cavité séreuse occupant les 4/5 inférieurs de la plèvre. Deux grandes cavités, même, résultaient de ce pyo-pneumothorax communiquant entre elles par un détroit.

J'en conclus donc, en définitive, que la respiration artificielle est capable de laisser le poumon tendu.

M. Routier. — Je voulais vous présenter un malade dont l'observation complète cette question de la chirurgie du poumon. Le malade est actuellement à Nice. A défaut de lui, je vais vous dire en deux mots son histoire :

Un malade est amené dans le service de M. Cuffer pour tuberculose. M. Cuffer l'examine et pense à une pleurésie purulente. Des candidats au Bureau central, auxquels le malade est présenté dans le service de M. Cuffer, pensent, d'autre part, à un abcès intra-pulmonaire, d'autres, à un abcès inter-lobaire. Donc, le diagnostic était loin d'être parfait. Où fallait-il inciser ? Je priai M. Cuffer de me le dire. Il me signala l'angle de l'omoplate. Je fis à ce niveau une résection sous-périostée de la huitième côte. Le décollement de la plèvre fut facile, et je le fis sur une grande étendue, deux travers de doigt au-dessus et deux travers de doigt au-dessous de la côte réséquée. J'incisai alors la plèvre, j'introduisis un doigt dans la cavité pleurale et je sentis qu'il pouvait s'y mouvoir librement. J'agrandis alors l'incision pleurale de façon à lui donner des dimensions égales à celles de la côte réséquée (dix centimètres). Ecartant alors les deux lèvres de la plaie, j'aperçus un épaississement de couleur jaunâtre au niveau de la plèvre viscérale. Pendant ce temps, pas de pneumothorax. Au point jauni et épaissi de la surface pulmonaire, je fis une ponction du poumon au bistouri. Il sortit du pus. Je divisai alors largement le parenchyme, et je tombai dans une cavité énorme de laquelle je sortis un litre 1/4 de pus infect. Mon malade n'a donné lieu à aucune alerte pendant la chloroformisation. J'ai drainé finalement la poche purulente et terminé l'opération. Mon malade a guéri. Il conserve cependant une petite fistulette de 7 ou 8 centimètres où l'on passe un stylet fin de trousse. Le malade a certainement eu une fistule pleuro-bronchique ; le liquide de l'injection provoquait chez lui des accès de toux et sortait par la bouche. Mais je crois que, actuellement, cette communication n'existe plus.

Traitement de la tuberculose du rein.

(Suite de la discussion.)

M. Routier. — J'apporte des cas analogues, ou peu s'en faut, à ceux que nous a présentés M. Tuffier.

J'ai vu des cas isolés de tuberculose rénale, c'est-à-dire sans lésions tuberculeuses dans le reste de l'appareil gé-

nito-urinaire. J'ai aussi dû en opérer quelques-uns pour des hématuries ou des phénomènes d'infection, comme l'a fait M. Tuffier, mais je n'ai eu à combattre uniquement par une intervention que le symptôme douleur.

A propos d'hématurie rénale, j'ai eu à opérer une jeune femme qui pissait du sang rouge en quantité abondante et qui s'en allait d'hémorrhagie. Un examen cystoscopique, fait sous le chloroforme avant l'intervention, me permit de voir que du sang coulait dans la vessie, venant de l'uretère droit. Le 15 décembre 1894, j'ai donc fait l'incision lombaire et découvert le rein. Il ne paraissait pas malade. J'ai fait, néanmoins, la népbrectomie, et M. Pilliet a découvert, par l'examen microscopique, une lésion tuberculeuse au niveau d'une papille rénale avec une artère voisine complètement sectionnée et d'où venait l'hémorrhagie. Ma malade n'a plus pissé de sang dans la suite et aujourd'hui elle se porte bien.

Deux autres fois, chez des femmes atteintes d'hématuries violentes, j'ai proposé la néphrectomie qui a été repoussée. Elles ont attendu l'une treize, l'autre dix-neuf mois avant de n'avoir plus d'hématurie. Mais le rein droit est resté plus douloureux et plus gros que le gauche. Il s'agit sûrement, pour les reins, de lésions tuberculeuses, surtout en raison du caractère des hémorrhagies et des notions d'hérédité.

J'ai fait trois fois la néphrotomie primitive chez des malades très affaiblis et j'ai fait ensuite chez eux la néphrectomie secondaire. Tous ces malades ont été améliorés et guéris, sauf un qui présente aujourd'hui une granulie en évolution et paraît près de succomber.

J'ai fait, enfin, deux fois la néphrectomie d'emblée pour des signes d'infection et mes opérés vont bien.

Donc, au point de vue de la tuberculose rénale, je pense que s'il y a une tuberculose localisée, la néphrectomie est indiquée à la condition qu'on soit autant que possible sûr de l'état de l'autre rein et que le malade puisse supporter cette opération.

Si le malade est incapable de supporter cette opération, on se contentera de faire la néphrotomie. Il persiste une fistule purulente qui ne tarit pas. La néphrectomie secondaire est alors suivie généralement de bons résultats.

Fistule vésico-vaginale compliquée d'oblitération cicatricielle de la partie supérieure de l'urèthre. — Guérison.

M. Berger. — J'apporte un fait rare, moins parce que c'est un succès que pour revenir et insister sur une technique qui me paraît trop négligée, et par les chirurgiens, et par les livres classiques.

Voici le fait :

Une femme vient me voir en 1894, à l'hôpital Lariboisière. Depuis le mois de juin, elle perd ses urines à la suite d'un accouchement, qui, chose curieuse, était son septième accouchement.

Je l'examine et je vois à la partie antérieure du vagin une perte de substance. Il existait une fistule vésico-vaginale trois fois plus haute que large. La partie supérieure de la fistule était distante du col de 1 centimètre 1/2. En explorant l'urèthre, on est arrêté dans son tiers supérieur où il existe une oblitération complète. La fistule paraît être indépendante de l'urèthre. L'oblitération urétbrale était recouverte par la muqueuse vésicale.

Dans ces conditions, je doutais d'abord d'un succès quelconque. Comment pouvait-on espérer restaurer la partie profonde de l'urèthre, c'est-à-dire, en somme, la région du col vésical ?

J'opérai, cependant, en fin décembre 1894, et j'opérai de la façon suivante, en commençant par la réfection de l'urèthre : en refoulant fortement la partie profonde de l'urèthre vers la vessie, je fis saillir la cicatrice uréthrale dans la cavité vésicale, et je passai de chaque côté de la sonde une anse de fil venant jusqu'au contact de cette sonde. J'avais ainsi quatre chefs de fils. Je coupai les anses de ces fils et j'eus alors quatre fils. Je serrai ces fils, et du côté uréthral et du côté vésical, et j'obtins une réunion circulaire.

Une sonde à demeure de Pezzer fut mise dans la vessie. Au bout de 3 ou 4 semaines, la réunion de l'urèthre et de la vessie n'avait pas tendance à se rétrécir par cicatrisation.

Je pensai alors à la restauration de la fistule vésico-vaginale. Je commençai cette opération par la dilatation du vagin avec les boules de Bozemann, et selon la technique du chirurgien américain. J'aurai l'occasion de revenir plus loin sur cette technique. Puis j'avivai les lèvres de la fistule par un procédé qui m'est spécial.

Je fais d'abord un avivement circonférenciel de la fistule, puis je dissèque avec soin la paroi vaginale. Puis je réunis cette collerette vaginale par une suture en bourse de façon à faire un plan d'oblitération tourné du côté de la surface vésicale. Je termine enfin, à la façon du procédé américain, avec des crins de Florence. J'ai opéré ainsi un certain nombre de fistules.

Dans le cas qui m'occupe, j'ai laissé une sonde à demeure pendant quinze jours. Au bout de ce temps, les urines passaient de nouveau dans le vagin. Cependant une partie de la fistule était oblitérée. Seule l'extrémité gauche restait perforée.

J'attendis plusieurs mois, de mai à octobre 1895. A cette dernière époque, j'ai fait l'excision de cette perforation selon le procédé américain, et j'ai réuni avec des fils d'argent volumineux. De nouveau, au bout de douze jours, la malade perdait encore ses urines en petite quantité par une petite fistulette qui s'est fermée seule au bout de trois ou quatre mois.

Alors j'examinai avec soin la miction chez ma malade. Je vis que dans le décubitus dorsal elle conservait ses urines, mais les perdait dans la station debout. Un peu plus

tard, elle pouvait les conserver une heure dans la station debout, puis deux heures même. A ce moment, elle eut des hématuries vésicales dont je ne trouvai pas la cause par les méthodes ordinaires d'exploration. Je fis donc faire la cystoscopie, et l'on vit, en avant de l'ancienne cicatrice uréthrale que j'avais refoulée, une petite masse rouge saignante. Je pensai à un petit fongus produit par la collerette d'avivement rehroussée du côté de la vessie qui avait un aspect hourgeonnant et fongueux. Les suites de cet accident furent des plus simples. On fit des lavages de la vessie avec une solution au nitrate d'argent. Les hémorrhagies diminuèrent et deux ou trois mois après, il n'y avait plus rien. La malade pouvait retenir ses urines pendant deux heures dans la station debout. Elle m'écrit récemment qu'elle reste toujours deux heures environ sans vider sa vessie, qu'elle la vide d'une façon normale et que, dans un fort travail, seulement, elle perd un peu de ses urines.

Il s'agit donc, ici, d'un cas très complexe où l'on a pu remettre les choses dans un état très voisin, en somme, de l'état physiologique.

J'ai voulu faire l'historique de cette question. Je sais que Verneuil a publié un cas semhlable; je le chercherai et je le joindrai à ma communication.

J'insisterai maintenant sur quelques points relatifs à l'oblitération des fistules vésico-vaginales. J'ai eu un certain nombre de ces fistules à opérer; je dois dire que j'en vois moins aujourd'hui qu'autrefois: ceci est à la louange des accoucheurs. J'ai donc observé environ vingt de ces fistules. Sur ces vingt fistules j'ai obtenu seize ou dix-sept succès. Je mets de côté une malade où il y avait destruction de la totalité des parois. Une seule fois j'ai opéré par l'oblitération du vagin selon la méthode de Simon. Il se forma dans le cul-de-sac vaginal un volumineux calcul que je dus extraire en ouvrant le vagin que j'avais fermé. Ensuite, la malade, par crainte de nouveaux accidents de ce genre, préféra vivre avec sa fistule vésico-vaginale plutôt que de courir le risque d'une nouvelle opération. Une autre fois, une fistule urétéro-utérine compliquait la fistule vésico-vaginale qui, elle, fut parfaitement guérie par mon intervention.

Une autre fois, en 1889, j'ai perdu une malade. L'opération avait été faite, selon moi, à trop peu de distance de la dilatation du vagin. La malade mourut de cellulite pelvienne aiguë.

Toutes les autres fois, j'ai opéré selon le procédé américain de Bozemann. J'insiste sur le temps préopératoire de ce procédé, et j'insiste d'autant plus volontiers que lorsque Bozemann vint à Paris, Dolheau lui récolta trois fistules vésico-vaginales, et c'est moi qui fus mis par Dolbeau à la disposition de Bozemann pour l'assister dans ses opérations.

Je déclare donc, d'après ce que j'ai vu alors, que le premier temps préopératoire est le temps le plus essentiel. Il consiste à faire la dilatation du vagin avec les boules de Bozemann, suivie quelquefois de section de cicatrices au niveau de la fistule. Les plus grosses boules ont jusqu'à 7 centimètres de diamètre. Par ce moyen, Bozemann supprime les adhérences cicatricielles qui exercent des tractions sur la fistule, ce qui permet ainsi aux deux lèvres de la fistule de venir d'elles-mêmes au contact l'une de l'autre. C'est parce qu'on néglige trop ce temps opératoire que j'ai tenu à y insister aujourd'hui.

Je veux parler aussi de la méthode d'avivement qu'il convient de faire. Au dernier Congrès de chirurgie, M. Ricard a préconisé une méthode qui est le perfectionnement de celle de Johert. On attire la fistule au dehors et on opère par dédouhlement de la cloison vésico-vaginale. Cela est possible dans les cas où la fistule n'est pas comprise dans une zone cicatricielle étendue; mais, dans les cas contraires, cela est très difficile, et il faut avoir recours à la méthode américaine, à l'avivement en surface.

Je termine enfin en disant que je ne veux plus me servir de crins de Florence pour cette opération. A l'exemple des chirurgiens américains et de nos anciens maîtres français, je reviendrai désormais aux gros fils d'argent. Ils ont l'avantage de mettre tout de suite les surfaces en contact sans déchirure et sans effort.

Présentation de pièces.

M. Schwartz présente une photographie par rayons Rœntgen. Il s'agit d'un coude où à la suite d'un traumatisme, il s'était fait une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus avec quelque chose de plus que l'on ne pouvait pas déterminer. La radiographie a montré que ce quelque chose était une luxation du radius en avant. Cette découverte nous a indiqué quelle conduite nous devions suivre et la résection de la tête radiale a dû être faite. Nous avons réussi à obtenir la possibilité des mouvements de flexion, mais non d'extension.

M. Schwartz. — Je profite du moment où j'ai la parole pour vous présenter encore un anévrysme inguinal rapidement développé, que j'ai traité par l'extirpation. Je suis cependant partisan, autant que possible, de la ligature seule dans le traitement des anévrysmes. Ici, j'ai fait l'extirpation parce que, en opérant, j'ai noté que la compression de l'iliaque externe ne provoquait pas, comme elle aurait dû le faire, l'affaissement de l'anévrysme. J'ai vu, d'ailleurs, en opérant, que la fémorale profonde s'anastomosait avec l'anévrysme et l'on sait qu'elle reçoit du sang de la circulation artérielle de la face postérieure de la cuisse servant ainsi de voie de suppléance. Je n'ai pas hésité un seul instant, en voyant cette disposition, à faire la ligature de toutes les artères et à la faire suivre de l'extirpation du sac; j'étais sûr d'avance de ne pas avoir de gangrène. Le malade est opéré depuis huit jours et il va hien.

M. Nélaton présente deux mains momifiées analogues à celles de la gangrène sèche des extrémités. Il s'agit de gelures produites il y a un mois.

M. Lejars a souvenir d'un malade présentant une gelure des deux pieds analogue à celles que M. Nélaton a rapportées.

Présentation de malades.

FRACTURE DE LA TABLE INTERNE DU FRONTAL

M. Lejars. — Voici un petit malade qui, monté un certain dimanche sur l'impériale d'un train de banlieue, reçut, au passage d'un pont, un choc violent sur le front qui le projeta à terre et lui fit perdre connaissance; on le conduisit alors à l'hôpital Beaujon. Il avait sur la région frontale une petite plaie. Je l'agrandis, je vis une fissure de la table externe du crâne et je fis la trépanation, guidé par du sang qui suintait à travers cette fissure. Tout à fait au fond de ma couronne de trépan il y avait du sang, des débris d'os, la dure-mère était déchirée et le lobe frontal entamé. Je fis donc une désinfection complète de ce foyer que je nettoyai de mon mieux et je tamponnai cette plaie avec de la gaze iodoformée. J'attendis ainsi. Mon petit malade a guéri localement. Mais il lui est resté pendant quelque temps de l'hyperexcitabilité cérébrale (colères, rêves, cauchemars). Depuis, rien. Le trou de la perforation est à peine marqué. Je me félicite donc d'avoir fait chez ce malade l'opération que je lui ai faite.

ANÉVRYSME DE LA CAROTIDE PRIMITIVE

M. Thiery. — M. Tillaux vous a présenté en 1888 un malade qui avait été atteint dans la région latérale gauche du cou, à la hauteur de la carotide primitive, d'un coup de feu par revolver. Il se développa bientôt un anévrysme de la carotide. La Société fut alors d'avis de temporiser. Aujourd'hui, le malade se plaint de certains troubles, que faut-il faire?

J'ai fait prendre une épreuve radiographique du cou de ce malade. On voit un fragment de balle dans la région cervicale au niveau de la troisième vertèbre cervicale avec un fragment au niveau du cartilage thyroïde.

Livres nouveaux.

M. Reclus offre à la Société, au nom de M. Duplay et au sien, les deux premiers volumes de la seconde édition du *Traité de chirurgie* publié sous leur direction.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

Rectite à gonocoques.

M. Griffon (*Presse méd.*, n° 13, p. 71, 1897) communique l'observation d'un jeune sodomiste qui a présenté des phénomènes de rectite purulente à gonocoques, après avoir subi à deux reprises le coït anal.

Les cas de rectite gonococcique primitive et isolée sont rares; on n'en signale que très peu d'observations. Plus fréquents, au contraire, sont les cas de gonococcie ano-rectale, surtout chez la femme où ils succèdent à la blennorrhagie vagino-uréthrale.

Pérityphlite chez les enfants.

M. Karewski (*Sem. méd.*, n° 7, p. 56, 1897) dit à la Société de médecine berlinoise que le diagnostic de la pérityphlite chez les enfants équivaut à celui de la pérityphlite chez les adultes. Il faut se rappeler toutefois que chez les enfants la pérityphlite a souvent une origine tuberculeuse ou actinomycosique.

Une fois l'appendicite soupçonnée, les enfants garderont le lit; on évitera les purgatifs drastiques et même les lavements jusqu'à ce que l'on ait acquis la certitude qu'il ne s'agit ni d'une péritonite ni d'une pérityphlite. Il faut faire l'opération au moment opportun, quand on voit la température se maintenir élevée, l'épanchement persister et les douleurs et l'inflammation augmenter.

Diverticules de l'œsophage et du pharynx.

Dans une revue générale, **MM. Delamare** et **Descazals** (*Gaz. des Hôp.*, n° 18, p. 165, 1897) étudient la question des diverticules de l'œsophage et du pharynx. Ils divisent ces diverticules en diverticules par traction et diverticules par propulsion. Puis ils montrent l'aspect de ces diverticules, leur histoire clinique, leur diagnostic, et terminent enfin par le traitement de ces diverticules.

Le malade tout d'abord mangera lentement. Puis on pourra faire le cathétérisme. Si la dysphagie est trop intense et le cathétérisme impossible, il ne faudra pas craindre d'avoir recours à des moyens plus radicaux, tels que l'extirpation et l'œsophagotomie externe.

Ascite tuberculeuse. — Laparotomie. — Ponctions répétées. — Guérison.

M. Verstraete (*Gaz. des Sciences méd. de Lille*, n° 7, p. 157, 1897) a communiqué une observation sur ce sujet, et conclut de la façon suivante :

« Cette observation montre qu'il ne faut pas toujours se hâter de porter un diagnostic ferme.

» Dans un cas qui nous occupe, après la laparotomie, on eût été tenté de parler de cirrhose hépatique et le pronostic eût, par le fait lui-même, changé.

» En second lieu, il apparaît qu'il ne faut pas se laisser décourager par la longueur de l'affection.

» La paracentèse n'est pas purement palliative, elle peut suffire à tarir l'ascite et à amener une guérison complète. Il faut donc faire la ponction chaque fois qu'elle est nécessaire, le malade fût-il à toute extrémité.

» Nous ne voudrions point affirmer que notre malade soit guérie, il reste encore pour elle des dangers plus ou moins lointains, mais il est évident qu'elle doit sa survie aux interventions répétées qu'elle a subies. »

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Contribution à l'étude du traitement du cancer de la vessie chez l'homme.

M. Finck, dans sa thèse sur ce sujet, donne les conclusions suivantes (*Prov. méd.*, n° 6, p. 66, 1897) :

« Les tumeurs cancéreuses de la vessie sont presque toujours malignes, ou le deviennent dans la suite; elles siègent de préférence dans la partie inférieure de l'organe, tendent à prendre des formes étendues, s'infiltrent beaucoup au delà de leur base apparente d'implantation, évoluent très lentement et provoquent, contrairement à l'opinion généralement admise, la dégénérescence cancéreuse des ganglions.

» Leur traitement doit être de préférence palliatif chez l'homme.

» L'opération palliative (ou suture de la vessie, suivie de l'excision des principales excroissances, ou de raclage, de thermo-cautérisation de la surface envahie, etc.) est supérieure à la cystectomie totale, toujours suivie de mort chez l'homme; elle est supérieure à la cystectomie partielle par une moindre mortalité opératoire, surtout dans les cas de cancer du bas fond; elle doit être préférée à cette dernière dans les formes étendues, où la presque totalité de la vessie devrait être enlevée, dans les cas à marche lente où la durée de la survie, ajoutée à celle de l'évolution de la maladie, est supérieure à celle fournie par la cystectomie; dans les cas de propagation aux organes voisins et aux ganglions, où le délabrement opératoire serait trop considérable et où la récidive est la règle; dans ceux enfin où la cachexie et la gravité des symptômes ne peuvent pas faire espérer la résistance du malade au choc opératoire.

» Les symptômes sont favorablement influencés, les hématuries cessent, la cystite et la douleur s'amendent, les orifices naturels retrouvent peu à peu leur calibre normal, la miction est rendue plus facile, l'état général se relève. Dans les cas très graves on pratiquera la cystostomie sus-pubienne. . . . .

» La survie moyenne est supérieure à celle des cystectomisés; elle peut être augmentée par des opérations itératives dirigées contre la récidive qui survient, en moyenne, un an après l'intervention.

» Le pronostic du cancer étant fatal, les opérations économiques sont parfaitement légitimées, elles ont déjà donné de nombreuses preuves de leur valeur dans les affections similaires d'autres organes que la vessie. »

Taille sus-pubienne médio-latérale pour tumeur de la vessie.

M. Loumeau (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, n° 7, p. 75, 1897) rapporte un cas de tumeur de la vessie qu'il a opérée par taille sus-pubienne médio-latérale. Les accidents ont cessé après l'opération, mais la tumeur a repullulé et la malade est morte dix mois plus tard. M. Loumeau dégage de son observation l'enseignement pratique opératoire que voici avec ses propres termes :

« C'est d'abord l'avantage incontestable présenté par le plan incliné de Trendelenburg. C'est aussi le débridement latéral ajouté à l'incision verticale primitive pour la découverte et l'ablation faciles d'une tumeur implantée largement sur le segment gauche de la vessie. Au bénéfice présenté par la taille sus-pubienne médio-latérale en pareil cas, je dois ajouter en terminant celui que procure, pour la future intégrité de la paroi abdominale, la suture en bourse du muscle droit transversalement sectionné. »

Cancer du rein.

M. Loumeau (*Annales de la Policlinique de Bordeaux*, n° 36, p. 403, 1897) cite une observation personnelle de cancer du rein droit, pour lequel il a tenté la néphrectomie transpéritonéale. L'ablation de la tumeur a été impossible.

La malade de M. Loumeau présentait très nettement les signes cardinaux du cancer : *douleurs lombaires*, dont, ici, l'augmentation coïncidait avec des urines claires et la diminution avec des urines troubles; *hématuries* spontanées, abondantes d'abord, puis de plus en plus discrètes; tumeur abdominale absolument nette.

L'opération a été pratiquée par M. Loumeau, sur la volonté expresse de la malade qui voulait courir les risques de l'intervention. Elle est morte le lendemain.

On note que la malade de M. Loumean présentait une localisation secondaire du cancer dans le poumon gauche. Cette localisation paraît avoir eu pour cause une pleurésie ancienne, laquelle constituait, de ce côté, un terrain de moindre résistance tout préparé pour la localisation cancéreuse.

Traitement de l'incontinence d'urine chez les calculeux.

M. Lavaux (*Gaz. des Hôpit.*, n° 16, p. 151, 1897) a traité un cas d'incontinence d'urine par la taille sus-pubienne, le col vésical étant obstrué par un volumineux calcul.

La taille fut pratiquée avec la plus grande rapidité possible, bien que l'on fût gêné par une épaisse couche de tissu adipeux au niveau de la région. Au lieu de se servir de fils suspenseurs, on plaça, pour aller plus vite, de petites pinces hémostatiques sur les lèvres de l'incision vésicale. On usa très modérément des liquides antiseptiques. On ne fit aucune suture de la vessie; mais on désinfecta soigneusement la plaie abdominale et l'on en fit la suture dans la plus grande partie de son étendue. On mit à demeure dans la vessie deux gros tubes hypograstriques.

Et M. Lavaux ajoute :

« Je suis convaincu que ce n'est que grâce à cet ensemble de précautions que la guérison a pu être obtenue dans

ce cas en apparence désespéré. Aussi, je me crois autorisé à conclure que, chez ces malades, l'acte opératoire constitue la partie la moins importante du traitement, les soins pré- et post-opératoires pouvant seuls assurer le succès. »

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Technique, difficultés et dangers de l'hystérectomie vaginale dans les fibrômes et les suppurations pelviennes.

M. Paul Segond (*Prog. méd.*, n° 7, p. 97, 1897) étudie d'abord la technique de l'hystérectomie vaginale pour les fibrômes, telle qu'il la conseille après s'être instruit luimême à la pratique de Péan. Voici dans quel ordre il a coutume de faire succéder ses manœuvres :

Incision du vagin au historui ; libération du col sur ses deux faces avec ouverture du cul-de-sac postérieur ; mise en place de deux pinces à mors courts sur les deux utérines ; section de la base des ligaments larges ; résection du col ; fixation de la paroi utérine postérieure avec une forte pince ; enfin, attaque et morcellement du corps utérin sans hémostase préalable d'habitude, l'hémisection de la portion de paroi accessible, l'évidement conoïde au bistouri ou les résections de forme variable permettant d'arriver sans encombre à la bascule antérieure de l'organe et l'opération s'achève dans les meilleures conditions possibles. Bien entendu, ceci n'est qu'une sorte de schéma opératoire qu'il faut savoir varier suivant les cas particuliers, mais, tel qu'il est, sachez bien qu'il répond à des ressources opératoires assez complètes pour nous permettre de donner une extension remarquable aux indications du morcellement.

Le volume de la tumeur n'est pas une contre-indication au morcellement, toutes les fois que le fibrôme ne remonte pas au-dessus de l'ombilic.

On a fait au morcellement d'autres reproches : les blessures viscérales, les hémorrhagies, l'occlusion intestinale post-opératoire, les hernies vaginales consécutives. M. Segond critique chacun de ces reproches et montre que l'on peut avoir toute confiance dans la technique du procédé de Péan.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Sur une nouvelle amputation ostéoplastique du pied.

M. J.-L. Faure (*Presse méd.*, p. 69, 1897) donne la technique d'une nouvelle amputation ostéoplastique du pied imitée de l'opération décrite par Pasquier en 1871 et pratiquée pour la première fois par Lefort en 1873. Dans cette amputation, il s'agit, tout en enlevant l'avant-pied, de sonder le squelette jambier non plus au calcanéum, mais bien à l'astragale dont on enlève la poulie par un trait de scie horizontal. C'est une amputation de l'avant-pied complétée par une arthrodèse tibio-tarsienne.

Cette opération trouve surtout son application dans la tuberculose du tarse antérieur. M. J.-L. Faure a eu l'occasion d'appliquer une fois son procédé sur le vivant et il a obtenu les plus heureux résultats.

Adéno-phlegmon iliaque chronique consécutif à un phlegmon de l'aine.

MM. Jaboulay et **Bérard** publient (*Prov. méd.*, n° 6, p. 61, 1897) l'observation d'un malade atteint d'un adénophlegmon iliaque chronique consécutif à un hubon de l'aine et concluent ainsi :

« En résumé, chancre simple avec hubon double suppurant pendant plusieurs mois, infection associée primitive ou infection secondaire des ganglions intéressés d'abord, adéno-phlegmon iliaque consécutif, tel fut l'enchaînement des lésions. La suppuration iliaque, d'abord torpide, passa brusquement à un stade aigu après des manœuvres traumatisant la région. L'examen du pus de ce gros abcès ne révéla la présence que de staphylocoques ; on ne pratiqua pas d'inoculation au cobaye, mais l'idée de tuberculose, qui ne reposait sur aucun symptôme local net (ni dénudation osseuse, ni arthrite), serait peu en rapport avec les antécédents du sujet et avec la guérison complète par des moyens aussi simples. »

Ce cas démontre aussi la lenteur habituelle de la cicatrisation de ces foyers iliaques torpides, qu'ils soient consécutifs à la psoïtis ou au phlegmon iliaque vrai. C'est la difficulté de l'accolement des parois épaissies de la poche évacuée plutôt que la rétention du pus qui retarda ici la guérison ; aussi, même lorsque quatre mois après la première incision fessière, il constata la persistance d'une collection iliaque interne contenant 150 à 200 grammes de liquide, M. Jaboulay ne fut pas d'avis de faire une contreouverture au-dessus de l'arcade de Fallope, pas plus que la trépanation du bassin. Il se contenta d'assurer l'antisepsie de la cavité restante et il semble qu'il ait obtenu ainsi une guérison aussi rapide que par des moyens plus radicaux.

NOTES POUR L'INTERNAT (1)

DIAGNOSTIC DES ULCÉRATIONS DE LA LANGUE

Diagnostiquer une ulcération de la langue est chose ordinairement bien simple et c'est presque une banalité que de le dire ; il suffit de faire ouvrir la bouche du malade, de lui ordonner de tirer la langue ou de la lui prendre soi-même pour « l'extraire » de la cavité buccale et, enfin, d'explorer avec soin le dos, les bords, la face inférieure de l'organe.

Pourtant, deux difficultés peuvent se présenter.

La première provient de l'apparence ulcéreuse que

(1) Les nombreuses demandes que nous recevons de numéros épuisés nous obligent à publier, de temps à autre, d'anciennes notes d'internat et à couper ainsi la question *Rapports du rein*.

prend la muqueuse au niveau des grosses papilles caliciformes du V lingual. On voit souvent les débutants se tromper et *diagnostiquer une ulcération qui n'existe pas.*

La seconde provient du volume que prend, dans certains cas, la langue hypertrophiée ; celle-ci fait alors issue hors de la bouche et s'applique contre les arcades dentaires, au point qu'il est impossible de faire l'exploration de l'intérieur de la cavité buccale. On peut alors *ignorer des ulcérations qui existent.*

Ces cas de macroglossie s'observent dans les deux ordres de faits suivants :

1° La macroglossie proprement dite. — Dans ces cas, la langue peut porter deux sortes d'ulcérations. *Les unes* occupent une région variable de la face dorsale ou de la face inférieure de la langue ; elles sont le résultat de simples morsures des dents sur un organe maladroit. *Les autres* forment une véritable collerette supérieure et inférieure aux points où les dents exercent leur pression sur l'organe projeté au dehors de la bouche.

2° La glossite. — Ici, trois sortes d'ulcérations peuvent atteindre la langue, il importe d'en savoir diagnostiquer la nature.

A. *Les premières*, en collerette, ont la même origine et la même disposition que les précédentes.

B. *Les secondes*, atypiques, procèdent de l'ouverture, en un point quelconque, de l'abcès lingual qui a terminé la glossite.

C. *Les troisièmes*, atypiques aussi, ordinairement vastes et étendues, proviennent de la mortification de l'élimination d'une partie plus ou moins considérable de la langue sphacélée.

En dehors de ces cas où, je le répète, il est difficile d'explorer et de voir, le diagnostic des ulcérations de la langue est aisé. Seul, leur diagnostic différentiel comporte des difficultés et celles-ci sont quelquefois grandes.

Parmi ces ulcérations, il en est cependant dont le diagnostic saute, pour ainsi dire, aux yeux. Ce sont ces ulcérations de la langue qui ne sont qu'un épiphénomène dans le cours d'une stomatite plus ou moins étendue et qui n'ont pour le médecin — en tant qu'ulcérations de la langue — qu'une importance secondaire. Telles sont : *a*) la desquamation épithéliale du muguet ; *b*) les ulcérations aphteuses ; *c*) les ulcérations de la stomatite ulcéro-membraneuse ; *d*) les ulcérations de la stomatite mercurielle et antimoniale.

Restent donc maintenant les ulcérations de la langue proprement dites. Or, le diagnostic de celles-ci suppose un examen sérieux, approfondi de la lésion. Il faut regarder et toucher ; ainsi on obtiendra de suite le précieux renseignement suivant :

1° Ou bien l'ulcération repose pour ainsi dire à plat sur la langue — *ulcération simple ;*

2° Ou bien elle est saillante, en relief — *ulcération reposant sur une tumeur.*

Premier cas : L'ulcération est à plat.

Eliminez d'abord les choses simples, c'est-à-dire :

a) Si l'ulcération est à la face dorsale, informez-vous pour savoir si le malade ne s'est pas mordu la langue.

b) Si l'ulcération siège sur les bords, regardez bien pour voir si la langue ne frotte pas contre quelque chicot ou contre quelque dent déviée ; regardez s'il n'existe pas un dentier mal placé ou mal fixé.

c) Si l'ulcération est à la face inférieure, songez à la coqueluche et aux maladies à toux quinteuse qui provoquent de petites ulcérations de la langue par frottement sur les dents inférieures.

Ces causes éliminées, il n'y a plus que trois espèces d'ulcérations auxquelles vous ayez sérieusement à songer : *a*) la syphilis ; *b*) la tuberculose ; *c*) l'ulcération des fumeurs.

A. L'ulcération syphilitique. — Il ne s'agit pas ici de syphilis tertiaire évidemment, puisque l'ulcération est supposée reposer à plat. La question qui se pose est donc celle-ci : est-ce un chancre ? est-ce une plaque muqueuse ?

Le chancre, qui siège à la pointe chez l'homme, un peu partout chez la femme (rôle sexuel), qu'il soit *érosif, fissuraire* ou *chancre type* « ne possède, quand il est jeune, à l'état naissant, aucun des caractères qui affirment sa spécificité ». A la période d'état, c'est une ulcération plane, lisse, arrondie, à bords réguliers ou festonnés ; mais ses caractères spécifiques importants sont ceux-ci : il est *seul;* il est *dur* ; il *bombe* parce qu'il repose sur une base saillante, parcheminée ; il a un *bubon polyganglionnaire* non suppuré et précoce.

La *plaque muqueuse*, qui siège partout, sur les bords souvent à cause des chicots, est tout à fait polymorphe. Quand elle est plane, à fleur d'épithélium ou bien creusée dans la muqueuse, elle est *nivelante* (sorte de plaque lisse au niveau de laquelle l'on dirait que les papilles ont été fauchées), *érosive* (desquamation épithéliale plane, lisse, rosée), *ulcéreuse* (c'est l'érosion qui s'est étendue en largeur et en profondeur), *fissuraire* (rigole qu'on voit sur la pointe et les bords de la langue, au niveau des sillons interdentaires). Quand elle est saillante, on la dit *papuleuse* (petites élevures lenticulaires sur le dos de la langue) ou *hypertrophique* (saillies plus grosses, plus larges, plus surélevées, rebelles à la thérapeutique, qui donnent à la langue, si elles sont multiples, une apparence bosselée, chagrinée, « (dos de crapaud »). Tandis que l'accident primaire est *solitaire, fixe, sans retour*, la plaque muqueuse est *multiple, erratique, récidivante*. Elle s'accompagne d'une adénite polyganglionnaire non suppurée. (Voir les autres accidents : roséole, alopécie, céphalée, etc.)

(*A suivre.*) S. P.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : **Dr Pierre SEBILEAU.**

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

CAUSERIE DE L'HOPITAL COCHIN — M. PIERRE SEBILEAU

Traitement du varicocèle.

I

Vous m'avez vu opérer deux jeunes gens atteints de varicocèle ; à plusieurs malades frappés du même mal, vous m'avez entendu donner des conseils différents : à celui-ci je recommandais l'intervention chirurgicale que je proscrivais pour celui-là, tandis qu'évitant intentionnellement de me prononcer, je laissais peser sur ce troisième toute la responsabilité de la décision à prendre. C'est, qu'en effet, le varicocèle n'est pas justiciable d'une thérapeutique uniforme et l'on peut dire qu'il est rarement égal à lui-même devant les indications qu'il fournit à l'action chirurgicale. Parmi les varicocèles il y en a qu'on *doit* opérer ; il y en a qu'on *peut* opérer ; il y en a qu'il ne *faut pas* opérer. Voici la règle :

1° L'on *doit* opérer les varicocèles, petits ou gros, quand ils sont douloureux, les varicocèles qui déterminent l'atrophie testiculaire et altèrent les fonctions génitales, enfin, ceux qui mettent un obstacle à l'exercice régulier de la profession du malade. Il s'agit ici, en quelque sorte, d'une opération de nécessité.

2° L'on *peut* opérer les varicocèles qui sont volumineux mais n'occasionnent pas de souffrance et les varicocèles qui, sans être ni douloureux ni très volumineux, siègent sur des malades sollicitant du chirurgien la cure radicale de leur légère infirmité. Ici, c'est proprement une opération de complaisance que l'on entreprend.

3° Pour tous les autres varicocèles, c'est au traitement palliatif qu'il *faut* avoir recours.

Je viens de dire une chose grave et de toucher à la fameuse question des opérations de complaisance. En règle, je crois qu'on a le droit de pratiquer sur un malade qui la demande, une opération qu'on ne juge pas absolument indispensable, lorsque d'une part — cela va sans dire — ce malade est averti des risques qu'on lui fait courir, et que, d'autre part, on n'a point assombri devant lui, pour obtenir son agrément, le tableau pronostiqueur du mal dont il souffre. En tous cas, pour ce qui concerne le varicocèle, s'il est vrai que le chirurgien trouve assez souvent un encouragement à l'intervention et une satisfaction à sa conscience dans les projets d'avenir d'un futur militaire et dans la naturelle coquetterie d'un homme jeune et désireux du mariage, je pense, au contraire, que les troubles des facultés mentales qui éclatent si souvent chez les hommes atteints de maladies des organes génitaux et, en particulier, chez les « varicocéliques » doivent arrêter la main de l'opérateur. J'ai considéré, autrefois, ces troubles de l'idée comme une sérieuse indication de la cure radicale : j'en ai fort rabattu ajourd'hui. Je vous conseille de n'opérer

qu'exceptionnellement ces hypochondriaques affaissés, ces lamentables débilités de l'esprit, tous ces sujets qui, plus ou moins frappés de dégénérescence mentale, sont souvent sur la pente de la folie des persécutions. D'abord, vous ne les guérirez pas, ces malades : votre intervention sera donc inutile. Ensuite, ils ne manqueront pas de se retourner contre vous et de rendre votre thérapeutique responsable du mal dont ils souffrent ; votre intervention sera donc dangereuse, — au moins pour vous.

Ces réserves faites, comment faut-il traiter le varicocèle ? Cela dépend, vous ai-je dit.

Premier cas. — Voici un petit varicocèle, non douloureux, déterminant une simple gêne plus ou moins marquée. Pas d'opération. Traitement palliatif.

Second cas. — Voici un varicocèle de petit volume, mais que, pour une raison ou l'autre, vous déclarez justiciable de l'acte opératoire ; les veines sont dilatées, mais elles ont une consistance normale et une distension régulière. Ici, la résection simple du scrotum est suivie d'heureux résultats : mais il est plus avantageux encore de pratiquer, en même temps que cette résection et à la faveur même de la plaie qu'elle nécessite, l'excision, après double ligature, du segment inférieur des veines funiculaires postérieures.

Troisième cas. — Voici des varices qui remplissent le scrotum et montent le long du cordon : sur les veines, il y a des nouures, des indurations phlébolitiques (athérôme veineux) et d'énormes dilatations (anévrysme des veines). Ici s'impose une double opération et à la résection du scrotum, combinée avec l'excision des veines funiculaires postérieures, il faut associer l'exérèse du paquet variqueux antérieur.

II

Le traitement palliatif du varicocèle. — Les conseils d'hygiène que les chirurgiens ont accoutumé de donner aux jeunes gens atteints de varicocèle sont toujours très attentivement écoutés, mais on peut dire qu'ils sont très exceptionnellement suivis. On les engage, en effet, ces jeunes gens, à marcher peu, à ne point monter à cheval, à ne pas danser et à être sobres de plaisirs sexuels. Ce sont là, en principe, de bonnes précautions à prendre et très recommandables : mais, en fait, elles sont à peu près incompatibles avec les habitudes ou les besoins de ceux à qui on les prescrit. Voici comment le médecin peut formuler son ordonnance :

1° Faire le matin, au lever, le soir, au coucher et, si possible, une fois ou deux dans le cours de la journée, en été surtout, une grande ablution froide sur la région du scrotum et du périnée ; cette ablution sera avantageusement remplacée par un bain local froid d'une durée de trois à cinq minutes ; pour ces ablutions et ce bain, on utilisera le mélange suivant :

Eau	2 litres.
Tannin	10 grammes.

Usage externe.

2° Eviter la constipation ; s'il ne se produit pas une selle au moins par jour et si les fèces sont trop dures, la « liberté du ventre » sera entretenue sans difficulté et sans inconvénient par la prise le matin, à jeun, d'une cuillerée à café d'huile de ricin dans une tasse de café noir.

3° Porter un suspensoir. Ce suspensoir devra être à jour et en soie, si possible ; il importe qu'il embrasse bien le scrotum, le soutienne et le relève ; il ne faut donc pas qu'il soit trop ample, mais il convient aussi qu'il soit assez grand pour qu'une partie des bourses (la région postérieure) ne s'en échappe pas, ainsi qu'il arrive trop souvent ; il est nécessaire qu'à ce suspensoir soient adaptés des sous-cuisses.

III

La résection du scrotum. — C'est une opération simple, facile et bénigne, qu'on peut pratiquer sous l'anesthésie générale avec le chloroforme, ou l'anesthésie locale avec la cocaïne. Bien administrée, celle ci peut à la rigueur suffire, car l'opération, d'ordinaire, est courte. Mais, personnellement, je pratique la chloroformisation, qui évite toute douleur au patient et laisse le chirurgien beaucoup plus maître de lui-même.

Le malade est couché sur le dos. Placez-vous à sa gauche, même si le varicocèle atteint le côté droit, ce qui est exceptionnel. Maintenant, entre la pulpe des doigts et le talon de la main gauche, empoignez transversalement le scrotum, du côté malade, pas trop loin de la ligne médiane : vous refoulez ainsi le testicule vers l'anneau inguinal, et, aplatissant les bourses de dehors en dedans, vous les ramassez en un grand pli vertical parallèle au raphé et tout entier caché dans la concavité de votre main fermée : c'est ce grand pli que tout à l'heure vous allez réséquer. Ne vous effrayez pas de ses dimensions ; il faut que le sacrifice soit large. C'est le cas ou jamais de désobéir au si sage précepte que prêchait, en chirurgie générale, le professeur Verneuil et que je vous rappelais l'autre jour : « Soyez économes de peau

humaine. » Prenez alors une grande pince courbe à ligament large ou à pédicule de kyste ovarien. La voici : les anneaux, dans lesquels sont engagés le pouce et le médius de votre main droite, sont orientés vers la tête du malade, le bec est tourné vers les pieds, la concavité des branches regarde en bas. De la main gauche, maintenant, tirez sur les bourses pour les bien soulever, pour faire appel à leur extensibilité et pour augmenter la tension du pli : puis, juste au-dessous de vos doigts et du talon de votre main réunis, glissez votre pince, bec ouvert, sur les flancs du pli, tout près de la base, au point même où ce pli se dégage de votre étreinte ; poussez bien cette pince, pour que dans ses mors elle emprisonne les téguments jusqu'à la « garde ». Cela est fait. Serrez fort, très fort, en rapprochant les anneaux. En règle générale, une pince suffit. Si pourtant vous voulez faire une très grande excision, le scrotum étant très flasque, très pendant et très dilaté, c'est deux « clamps » que vous devrez placer sur les bourses et non pas un. Vous mettrez le second comme le premier, mais vous le dirigerez dans le sens opposé ; les anneaux seront donc orientés vers les pieds et le bec regardera la tête du malade. Ce bec de la seconde pince devra s'avancer jusqu'au contact des mors de la première. Etant donnée la direction que vous lui imprimez, il vous sera plus commode, cette fois, pour la mettre en place, de soulever et de plisser le scrotum avec la main droite, tandis que de votre main gauche vous tiendrez l'instrument et le pousserez.

A la rigueur, si vous n'avez pas à votre disposition d'instrument à forcipressure, vous pouvez encore opérer. Faites une pince de vos doigts et là où vous voulez pratiquer la section des bourses, embrassez ces bourses entre le flanc interne de votre index et le flanc externe de votre médius. C'est un peu moins commode, car la pression latérale qu'exercent les doigts étant très faible, le scrotum fuit à mesure qu'on tranche le pli et se dégage de l'étreinte digitale ; qu'importe, puisque je vous dirai tout à l'heure qu'il faut, quand la section des bourses est terminée, si l'on s'est servi des pinces, enlever celles-ci pour mettre largement la plaie à découvert ?

Voilà donc votre pince ou vos deux pinces bien placées, qui mordent solidement dans le pli des bourses ; au-dessus de leurs mors flotte un grand lambeau de scrotum : c'est ce lambeau qu'il faut maintenant réséquer. Soulevez-le entre le pouce et les deux premiers doigts de la main gauche, pour le bien tendre, ou bien confiez-en la traction à un aide, puis tranchez-le au bistouri ; pour cela, collez votre lame contre la convexité des pinces et faites la cheminer sur le dos de ces pinces, coupant ainsi la peau, de la garde jusqu'à la pointe pour le « clamp » supérieur, et de la pointe vers la garde pour le « clamp » inférieur.

Et maintenant, il ne reste plus qu'à reconstituer les bourses, je veux dire suturer les deux lèvres de la plaie qui résulte de l'exérèse, pour établir, à côté du raphé médio-scrotal congénital, un raphé latéro-scrotal artificiel qui lui sera sensiblement parallèle. Ici, deux méthodes. L'une consiste, les pinces restant en place, à embrocher le scrotum avec une série de crins de Florence qu'on passe « à un petit centimètre en arrière de la concavité de ces pinces », au travers des deux lèvres du lambeau, puis les clamps étant enlevés, à lier, séance tenante, tous ces crins de suture, avec l'espoir « que les vaisseaux sectionnés seront comprimés par les fils une fois noués ». L'autre consiste à enlever tout simplement les « clamps » dès que la résection est faite, à découvrir largement la plaie, à faire l'hémostase et la toilette du champ opératoire et à coudre après coup. N'hésitez pas : adoptez le second procédé. Quand on pratique une large exérèse, de grosses veines, qui cheminent dans l'épaisseur des enveloppes, et aussi des artérioles nombreuses sont tranchées ; la suture ne suffit pas à assurer l'occlusion des vaisseaux, et il peut se faire une hémorrhagie sérieuse dans la plaie. Il y a quelques mois, j'ai trouvé un de mes malades, trois heures après l'opération, en proie à d'horribles douleurs ; le scrotum était extrêmement tuméfié et le sang, qui, en s'infiltrant au travers des mailles du tissu cellulaire, avait fusé jusque dans le pli inguinal, formait dans les deux aines une tumeur plus grosse qu'un œuf de poule : le pénis était dans un état de priapisme très douloureux. Je dus couper tous les crins, déterger le champ opératoire rempli de gros caillots et faire sur les vaisseaux qui « donnaient » plus de quinze ligatures.

Les pinces sont donc enlevées. Aussitôt, les lèvres de la plaie s'écartent et laissent à découvert une large surface « cruentée », au centre de laquelle apparaît le testicule, enfoui dans la cavité vaginale que le bistouri, tranchant dans les bourses, n'a point ouverte. Si vous avez fait la mesure large aux dimensions verticales de votre lambeau, si le pli scrotal, dans la base duquel vous avez tranché, occupait la face antérieure et la face postérieure de la poche testiculaire, si, par exemple, vous avez réséqué la

peau que vous ont livrée les mors de deux pinces à pédicule, alors vous voyez, serpentant au milieu de votre plaie, le canal déférent et ses grosses veines satellites (veines funiculaires postérieures) qui cheminent en dehors de la vaginale, entre les deux culs-de-sac latéraux de sa réflexion sur le bord postérieur du testicule.

Ne touchez pas à ces veines, s'il vous paraît que la simple résection des bourses est suffisante. Il ne vous reste plus, en ce cas, qu'à jeter des pinces sur les vaisseaux — veines et artérioles — qui saignent toujours assez abondamment, puis, après une hémostase sévère, à suturer très soigneusement les lèvres de la plaie. Vous pouvez réunir de droite à gauche et faire une cicatrice verticale, parallèle au raphé scrotal, ou réunir de haut en bas et faire une cicatrice transversale, plus ou moins perpendiculaire à ce raphé. C'est à vous de voir le meilleur et de l'employer. Le meilleur, c'est ici le plus élégant. Pas de drainage, bien entendu — car je vous suppose irréprochables en matière d'asepsie. — Pansement sec, bien fermé. Enlevez les fils le cinquième jour.

IV

La résection du scrotum combinée avec la résection des veines postérieures. — A mon avis, il est plus sage de réséquer le scrotum et, à la faveur de la large brèche ainsi faite, brèche qui découvre le canal déférent et ses satellites veineux, de pratiquer la ligature et l'excision des vaisseaux funiculaires postérieurs. En matière d'opération, cela n'augmente ni les risques pour le malade, ni les difficultés pour le chirurgien. L'artère spermatique n'est plus là ; sa blessure n'est pas à craindre ; d'autre part, rien n'est plus facile que d'isoler le canal déférent des veines qui sont ses voisines, parce que celles-ci ne sont pas encore rassemblées autour de lui, comme plus haut, en faisceau serré. Au milieu de la plaie que la résection du scrotum a nécessitée, dissociez donc le canal déférent et les veines ; prenez chacune de celles-ci entre deux soies aseptiques ; excisez tout le segment emprisonné entre les deux ligatures et finissez l'opération comme je vous disais tout à l'heure de le faire.

V

La résection du scrotum combinée avec l'excision des veines funiculaires postérieures et antérieures. — C'est, vous ai-je dit, l'opération réservée au grosses varices du cordon, noueuses, dilatées et indurées, l'opération faite pour ces malades chez lesquels le scrotum *omnibus indecore, quibusdam etiam cum dolore dependet.*

Faites d'abord la résection des bourses et l'excision des veines postérieures ainsi que vous savez. La plaie est cousue : tout est fini de ce côté. Occupez-vous maintenant des veines funiculaires antérieures.

Sur toute la hauteur du cordon (dont vous commencez par bien déterminer la situation en le prenant entre le pouce et les doigts et en faisant rouler ses éléments sous la pulpe qui explore), depuis l'orifice extérieur du canal inguinal jusqu'aux bourses, entamez d'abord la peau ; puis coupez couche par couche, en soulevant les tissus avec des pinces, comme si vous disséquiez ; vous arrivez vite au but, et voici déjà le paquet funiculaire dont quelques lobules de graisse jaune, qui l'entourent et le protègent en avant, vous indiquent la présence.

Les grosses veines antérieures sont là et se présentent les premières. Leur ligature et leur excision paraît donc très simple ; oui, mais il y a deux écueils à éviter : 1° le *canal déférent;* 2° l'*artère spermatique.* Pour parer au danger, rappelez-vous bien d'abord la topographie des éléments du cordon. Sous la peau, le dartos, la celluleuse et les fibres crémastériennes, on trouve, au milieu de la graisse, un beau faisceau de veines : ce sont les *veines funiculaires antérieures.* Derrière ce lacis, mais cachée et dissimulée dans le tas des vaisseaux qui le composent, l'*artère spermatique*, petite, beaucoup plus petite que les veines. Derrière, c'est le *canal déférent*, contre lequel chemine la petite *artère déférentielle*. Enfin, plus en arrière encore, les *veines funiculaires postérieures*, entre lesquelles descend l'*artère du cordon*.

Ne pas lier le canal déférent, cela est facile ; il est dur, épais, cylindrique, roulant sous le doigt ; on sait donc toujours où il chemine et il est d'autant plus à l'abri du danger que du tissu cellulaire le sépare des veines funiculaires antérieures. Mais ne pas lier et ne pas exciser l'artère spermatique, cela est une tout autre affaire. Cette artère est petite ; soit à l'œil, soit au toucher, je n'ai jamais pu percevoir ses battements ; elle serpente au beau milieu du lacis des veines ; même sur le cadavre, la découverte en est difficile. Les chances donc sont grandes pour qu'on l'embrasse dans l'anse du fil en même temps que les veines voisines. Je sais bien que des chirurgiens, et des meilleurs, prétendent que cela ne tire point à conséquence et que la funiculaire et la déférentielle sont là pour assurer la suppléance et four-

nir au testicule une alimentation vicariante. Croyez-en ce que vous voudrez : je suis sur ce point particulier quelque peu sceptique : pour votre gouverne, rappelez-vous que Delpech, au moins à ce que dit l'histoire, paya de sa vie l'atrophie du testicule qu'avait provoquée, chez un jeune homme, une ligature des deux plexus funiculaires antérieurs pratiquée par lui pour la cure d'un varicocèle. En vérité, ces vengeances de dégénérés et de débiles ne signifient rien dans l'espèce, et ne valent que pour la moralité que j'en tirais au début de cette causerie.

Le mieux est donc, si la chose est possible, d'épargner l'artère spermatique; comme la dissociation ne me paraît qu'exceptionnellement capable de la faire découvrir. le plus simple est peut-être de ne pas étreindre dans l'anse des fils toute l'épaisseur du faisceau des veines antérieures; en arrière, ménagez-en quelques-unes; l'artère est à côté de celles-ci, sans nul doute, et vous avez ainsi bien des chances pour qu'elle échappe à l'excision. Au reste, que vous dirai-je de cette excision ? Une anse de soie en haut, une autre en bas, puis section des veines entre ces deux ligatures. Enfin, suture, pansement sec et pas de drainage.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février. — *Présidence de* M. Delens.

Traitement du goitre exophtalmique.

M. Picqué. — Je veux ajouter quelques mots à la discussion qu'a soulevée la récente communication de M. Lejars sur le traitement du goitre exophtalmique.

M. Tillaux nous a soumis, à ce sujet, quelques réflexions fort judicieuses. J'y souscris entièrement.

Depuis longtemps déjà, j'ai recours à l'appréciation des médecins quand je dois opérer un goitre exophtalmique.

Récemment encore, dans mon service de la maison Dubois, M. Achard, qui s'est particulièrement occupé de cette question, a bien voulu me donner son avis et décider mon intervention pour un goitre volumineux.

Que convient-il de penser de la gravité du cas que nous a signalé M. Lejars ? Il est certain qu'il y a des goitres auxquels il ne faut pas toucher, où l'élément thyroïdien joue un rôle secondaire. C'est pour des cas semblables que M. Jaboulay a proposé la section du grand sympathique cervical.

Je vous ai rapporté ici, en février 1895, l'observation d'un goitre exophtalmique que M. Ballet avait soigné pendant cinq ans sans résultat. J'ai opéré la malade pour un gros fibrome utérin. Après cette opération, la maladie de Basedow a disparu;

Il y a donc des faits curieux, sinon très connus, de goitre exophtalmique et M. Tillaux a bien fait de rappeler notre attention sur la prudence qu'il fallait avoir dans la thérapeutique chirurgicale de cette maladie.

Traitement de la fistule vésico-vaginale.

M. Bazy. — L'observation communiquée par M. Berger au cours de la dernière séance m'engage à vous faire part d'un cas à peu près analogue.

Il s'agit d'une malade que j'ai soignée autrefois, à Lariboisière, au temps où je suppléais mon maître et ami M. Peyrot. Cette femme souffrait d'une incontinence d'urine absolue due à une lésion profonde de la cloison vésico-vaginale. Voici comment, chez elle, les choses se présentaient :

La paroi postérieure du vagin bombait comme une rectocèle volumineuse. On voyait ensuite un corps rougeâtre, consistant, ferme et dur, sorte de moignon de col utérin, au centre duquel un petit pertuis, du volume d'une tête d'épingle, donnait passage au sang des menstrues. En avant de cette tumeur il y avait une autre tumeur molle, violacée, représentant la paroi vésicale; en avant d'elle, enfin, on pouvait faire pénétrer les deux doigts dans une cavité et aller toucher la symphyse pubienne. Dans tout cela, l'urètre n'était représenté que par un petit canal très court.

Une telle lésion de la cloison vésico-vaginale, permettant libre communication de la vessie avec le vagin, était consécutive à un accouchement laborieux. On avait dû laisser la tête fœtale dans la vulve pendant trois jours. D'où gangrène totale du vagin ayant détruit la muqueuse vaginale et une partie de la paroi inférieure de la vessie.

Je proposais alors de refaire une paroi inférieure à la vessie. L'autoplastie vaginale me paraissait difficile, parce que l'ouverture vaginale de la fistule était adhérente au pubis. Je ne voulais pourtant à aucun prix obturer l'orifice vaginal. J'ai vu faire autrefois deux de ces opérations dans le but de forcer l'urine à passer par l'urèthre. Mais ce fut deux insuccès. On détermine ainsi, en effet, une cavité vaginale où séjourne l'urine. Des calculs se forment dans cette cavité, point de départ d'accidents infectieux urinaires qui emportent ultérieurement la malade. Je me suis demandé pendant un certain temps si je n'allais pas faire la taille hypogastrique et créer un canal urétbral à travers la symphyse pubienne. Bref, j'ai fait une série d'autoplasties vaginales.

Dans une première intervention j'ai pu décoller les parois vésicales de la symphyse et reconstituer complètement la paroi inférieure de la vessie. J'osai espérer un succès, mais ma joie fut de courte durée. Peu de temps après, la moitié de ma suture avait cédé et je dus tenter une seconde fois la reconstitution de la paroi. J'ai pu y réussir définitivement après plusieurs tentatives. En dernière analyse j'avais réussi à reconstituer à la fois la paroi inférieure de la vessie avec un canal urétbral inflexe se réfléchissant

sous la symphyse, que je pouvais fermer par compression à l'aide d'un appareil spécial qui permettait à la malade de garder son urine pendant trois heures.

Cette opération date de 1891. Depuis cette époque ma malade s'est toujours bien portée et n'a jamais présenté d'accident. Il me semble que cette opération d'autoplastie donne un résultat qui, parachevé par le petit appareil qui comprime l'urèthre contre la symphyse, doit encourager à ne plus pratiquer l'obturation du vagin que je déconseillais déjà tout à l'heure.

Un cas d'urèthre supplémentaire périnéal chez l'homme.

M. Moty. — Un jeune soldat vient me consulter en 1895 et me dit que chaque fois qu'il urine, quelques gouttes d'urine sortent par le périnée. Je regarde le périnée, et à l'œil nu je ne vois rien. Je fais uriner le malade, et je vois en effet suinter quelques gouttes d'urine. Le stylet mis dans l'orifice fistuleux penètre profondément, et reconnaît que le trajet va en s'élargissant. J'ai tenté la cure radicale de cette fistule urinaire. J'ai enlevé l'orifice par incision circulaire et disséqué le trajet. Bientôt, craignant de léser quelque organe important du périnée, j'ai arrêté ma dissection, suturé la fistule, sectionné la partie disséquée et abandonné la peau sans la réunir. Aux prochaines mictions, de l'urine est encore sortie par le périnée. Mais douze jours après, le malade paraissait guéri. Il sortit de l'hôpital et y rentra bientôt pour cystalgie rebelle. Je décelai sans peine les signes de l'hystérie, rétrécissement du champ visuel, hémianesthésie, etc. Il s'agissait purement chez lui d'un accident d'hystéro-traumatisme. La suggestion, les douches ont fait disparaître cet accident, et le malade est resté guéri depuis.

Cette observation me paraît présenter des intérêts multiples. D'abord, il s'agit d'un fait rare. On a bien vu des anomalies de l'urèthre antérieur. On a vu aussi des fistules uréthrales postérieures consécutives à un obstacle uréthral. Mais on n'a pas souvent vu de fistules urinaires périnéales sans obstacle dans l'urèthre. Ici, en effet, l'urèthre était large et parfaitement calibré.

Un autre point intéressant réside dans ce fait que le stylet mis dans la fistule ne rencontrait pas la sonde introduite dans l'urèthre. J'en ai conclu que la fistule avait son point de départ au niveau du col vésical.

Resterait à étudier la pathogénie de ces urèthres supplémentaires. Sur ce point, je serais tenté de penser, vu la coïncidence de l'hystérie, chez mon malade, qu'il s'agit d'une manifestation évolutive de l'hystérie, l'hystérie ayant provoqué un trouble dans l'évolution du fœtus (?).

Traitement du cancer du rectum. Technique opératoire.

M. Quénu. — Toute ablation du rectum cancéreux doit répondre aux deux grands principes suivants :

1° Créer une brèche suffisante pour l'opération ;

2° Garantir la région opérée contre toute infection.

Se créer un trajet suffisant n'est pas facile parce que le rectum est entouré d'une ceinture osseuse. A ce point de vue, la voie sacrée semble offrir les plus grands avantages.

Conserver à la région opérée un degré d'asepsie parfaite est moins facile encore. Il faut absolument transformer le rectum cancéreux en un corps étranger et l'assimiler au rectum hémorrhoïdaire. La création d'un anus iliaque permet alors de mettre le rectum dans les meilleures conditions d'asepsie en faisant dériver le cours des matières d'abord, puis en permettant de faire passer chaque jour avant l'opération définitive dans le segment terminal de l'intestin une certaine quantité de liquide antiseptique.

Conclusion : A aucun prix, il ne faut fendre ni déchirer le rectum que l'on veut extirper, car ce serait ouvrir la voie à l'infection, et l'infection d'un rectum, même quand il a été préparé, comme je l'ai dit tout à l'heure, ne manque pas d'être encore considérable, ainsi que de récentes expériences m'ont permis de le constater.

Bref, ce qui est difficile dans l'extirpation du rectum, cause parfois sa rupture et embarrasse toujours l'opérateur, c'est la dénudation de la paroi antérieure du rectum entre le releveur de l'anus et le cul-de-sac péritonéal.

Aussi ai-je proposé de commencer par dénuder la paroi antérieure du rectum au lieu de commencer par la paroi postérieure et actuellement je suis la technique opératoire suivante :

Deux incisions circonscrivent l'anus se rejoignant en arrière au delà du coccyx. La peau marginale est disséquée et l'on obture l'anus ; les fils sont conservés, ils serviront plus tard de moyens de traction pour abaisser le rectum. On s'avance ainsi jusqu'au releveur de chaque côté en sectionnant la commissure antérieure du sphincter. La difficulté de ce temps siège dans le bulbe qui adhère toujours plus ou moins. Pour arriver ainsi sûrement sur le releveur, j'ai utilisé la saillie que forme le bord postérieur du muscle transverse superficiel du périnée. Plus loin, on a le transverse profond. On dénude au niveau du releveur de l'anus dont on suit le bord antérieur et l'on arrive alors sur la prostate avec facilité. Il suffit donc d'accrocher avec l'index le releveur de l'anus, de le couper aux ciseaux et de libérer ainsi le rectum. J'ai fait cette opération, non seulement sur le cadavre, mais aussi sur le vivant. Je déclare qu'elle est facile et permet d'attirer au dehors jusqu'à 12 centimètres de rectum sans que l'on soit obligé de faire la moindre résection osseuse, sans même d'hémorrhagie, car je compte pour rien le sang que donne l'hémorrhoïdale inférieure que l'on sectionne au début de l'opération dans le creux ischio-rectal et qu'il est facile de lier.

J'ai dit autrefois que l'adhérence du rectum à la prostate était une contre-indication à son extirpation. J'ai eu tort de parler ainsi. Les Allemands nous ont donné des observations qui le prouvent. Telles sont celles de Czerny, en particulier. C'est qu'en effet, le rectum peut adhérer à

l'aponévrose prostato-péritonéale sans que ces adhérences soient dépassées par le néoplasme. D'autre part, l'adhérence à cette aponévrose peut résulter d'une périprostatite simple sans qu'il s'agisse de la moindre extension du néoplasme.

Dans les deux cas, il est permis d'enlever l'aponévrose prostato-péritonéale et même la partie de tissu glandulaire malade.

J'ai tenté de régler sur le cadavre une ablation de ce genre. Je l'ai même faite ensuite sur le vivant avec succès. Voici comment j'opère :

Il est évident que toute la difficulté siège dans l'urèthre, qu'il ne faut pas blesser. Je commence donc par le catéthériser. Après avoir accompli tous les différents temps déjà décrits, j'ai donc sous les yeux la saillie de l'urèthre membraneux et derrière elle la prostate avec les plexus latéraux. Je fais dans la prostate un plan de section. Pour cela, je saisis la prostate entre le pouce et l'index, de façon à sentir le cathéter. On sait donc ainsi où est l'urèthre que l'on sent. On peut encore placer le bistouri parallèlement à l'urèthre membraneux et tailler dans le même sens le tissu prostatique. On abat ainsi une tranche de prostate sans blesser l'urèthre et l'on continue l'opération.

Peut-être pourra-t-on arriver, par ce procédé, à faire l'ablation non seulement d'une partie, mais encore de la totalité de la prostate et même d'une partie de la vessie, quitte à aboucher ensuite l'urèthre à la vessie. Cette opération se fait très bien sur le cadavre. Ce sont là, bien entendu, des faits à l'étude, mais on en devine toute l'importance dans l'ablation de cancer rectal propagé à la prostate et à la vessie. Les Allemands, d'ailleurs, sont bien plus avancés que nous à ce point de vue.

L'opération peut donc, en définitive, se terminer sans même de résection osseuse. La question qui se pose à la fin de l'opération, c'est de savoir où l'on va faire le nouvel anus : à sa place ordinaire, au niveau du coccyx, ou du sacrum. C'est l'anus sacré qui est le plus défectueux. Mieux vaut refaire l'anus naturel en drainant au début le rectum par un tube qui porte en dehors ses produits de sécrétion, ainsi qu'on l'a déjà fait en Angleterre. On obtient ainsi une protection de quelques jours, ce qui est suffisant pour rendre, à ce moment-là, les phénomènes infectieux moins graves. On achève alors l'opération en fixant le nouvel anus à la peau.

On voit donc que cette amputation du rectum peut être faite dans des conditions d'asepsie presque absolues et sans résection osseuse. Cette technique n'est applicable, bien entendu, qu'à des cas où le cancer est peu élevé.

Je suppose maintenant un cancer haut placé. Il faut alors réséquer l'os et la méthode sacrée, de Kraske, est ici la méthode de choix.

Une difficulté se présente dans cette opération quand le bout supérieur de l'intestin ne veut pas descendre et que l'abouchement à l'extérieur est impossible. C'est pour une difficulté de ce genre que j'ai pu récemment, avec M. Robineau, mon interne, faire l'inversion de cet intestin par l'anus iliaque, l'intestin ayant été préalablement fermé, bien entendu. Chez ce malade, j'ai obtenu ainsi une guérison parfaite sans la moindre septicité.

Je conclus en disant que si les deux grands principes de tout à l'heure doivent guider le chirurgien dans l'extirpation du rectum cancéreux, il y a un autre élément important avec lequel il faut compter : ce sont les conditions particulières du sujet que l'on opère.

Présentation de malades.

BEC-DE-LIÈVRE COMPLIQUÉ

M. Kirmisson. — Voici un petit malade que j'ai opéré d'un bec-de-lièvre compliqué, en détachant le tubercule médian qui m'a servi à la reconstitution de l'orifice de la narine, et en terminant l'opération par le procédé de Mérault (d'Angers).

Je préfère cette opération au débridement transversal de la joue, dont nous a autrefois parlé M. Berger.

M. Berger. — Je ne fais d'incision de la joue que quand je ne puis pas faire autrement.

LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE PAR LE PROCÉDÉ DE M. SOULIGOUX

M. Schwartz. — J'ai fait opérer dans mon service par M. Souligoux une femme atteinte d'un cancer de l'estomac étendu à toute la paroi antérieure de cet organe, et aussi à l'épiploon. La paroi stomacale avait un centimètre et demi d'épaisseur.

L'opération a été difficile. Néanmoins la malade n'a présenté aucun shock post-opératoire et elle est aujourd'hui parfaitement guérie.

M. Routier. — M. Souligoux n'a pas été aussi heureux dans mon service. Il opérait sur un estomac plein de liquide, la malade est morte au bout de 36 heures. Elle est évidemment morte du fait de son cancer. Mais je crois qu'elle serait morte néanmoins de péritonite, parce que les liquides auraient traversé la suture. Mais cela ne porte pas atteinte au procédé de M. Souligoux. Il serait bon toutefois de vider l'estomac auparavant.

TRAITEMENT DE L'ÉVENTRATION

M. Pozzi présente une malade qu'il a guérie d'une éventration sous-ombilicale par le clivage de la paroi abdominale obtenue par l'incision de la gaine du droit, le long de son bord externe.

M. Quénu. — Ce clivage n'est que l'application du procédé que j'ai décrit pour la reconstitution de la paroi abdominale.

M. Marchand. — J'ai opéré trois éventrations par le procédé de M. Quénu et avec un plein succès.

M. Lucas-Championnière. — Il est impossible, lorsque l'on reconstitue la paroi abdominale, de ne pas ouvrir la gaine des droits, surtout lorsqu'on fait une omphalectomie. M. Quénu n'a eu que le mérite de décrire et de régler

une opération que tout le monde fait depuis longtemps. Seulement M. Pozzi a fait ceci de particulier qu'il a ouvert la gaine des droits par le côté externe.

M. Pozzi. — Depuis dix ans je reconstitue la paroi abdominale au cours de mes laparotomies en dédoublant la gaine du droit.

M. Routier signale un cas de décubitus aigu à la suite d'une hystérectomie vaginale.

M. Quénu. — Ces troubles trophiques se voient chez les malades opérés de cancer du rectum.

Travaux originaux.

M. Garnault lit un travail sur le traitement chirurgical des otites chroniques suppurées et sèches par l'ablation des osselets de l'ouïe.

M. Broca est nommé rapporteur.

Livres nouveaux.

M. Pozzi offre à la Société le premier fascicule de la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* qu'il commence à publier cette année.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus.

M. Pauchet (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 14, p. 157, 1897) compare, au point de vue des résultats, l'hystérectomie et la laparotomie faites dans le but de traiter les lésions annexielles.

La cause générale des insuccès communs aux deux modes de castration réside dans le tempérament des opérées. Celles-ci sont alors des arthritiques nerveuses, qui continuent à souffrir malgré un état général excellent et une guérison locale absolue.

La supériorité de l'hystérectomie vaginale sur la laparotomie tient à ce qu'après cette dernière opération l'utérus a été laissé en place et qu'il est devenu le point de départ de phénomènes inflammatoires ou douloureux.

Donc, l'hystérectomie vaginale demeure la thérapeutique la plus avantageuse. Celle-ci, dans les cas graves, provoque moins de « shock » que la laparotomie, risque moins de contaminer le péritoine, ne donne pas lieu à des éventrations, et surtout permet de laisser en place, après simple ouverture, des poches adhérentes qu'il serait dangereux de décortiquer. En cas de lésion bilatérale, chaque fois qu'il y aura contre-indication à la voie vaginale, ou indication spéciale à la voie sus-pubienne, on aura recours à la castration utéro-annexielle complète par la voie abdominale.

La cure radicale de l'hydrocèle.

M. Verhoogen (*Policlinique de Bruxelles*, n° 4, p. 55, 1897) donne une revue des divers modes de traitement de l'hydrocèle vaginale et insiste particulièrement sur le traitement radical. Il montre les inconvénients multiples de la ponction suivie d'injection de teinture d'iode et les avantages réels des deux méthodes modernes : l'incision antiseptique avec tamponnement ou drainage (*méthode de Wolkmann*), et l'excision du feuillet pariétal de la séreuse. C'est à cette dernière thérapeutique que M. Verboogen donne la préférence. Voici la manière dont l'excision doit être pratiquée : « On fait suivant le grand axe de la tumeur une incision qui arrive jusque sur la paroi de la poche d'hydrocèle sans cependant l'ouvrir. Au moyen des doigts ou du manche du bistouri, on énucléé toute la poche, ce qui se fait très rapidement, la tunique vaginale n'adhérant aux enveloppes extérieures que par un tissu cellulaire très lâche. La poche ainsi énucléée comprend, en allant de la surface vers la profondeur, le feuillet pariétal de la séreuse, puis le liquide d'hydrocèle, puis le feuillet viscéral adhérant au testicule et à l'épididyme. On voit très bien, tout autour de l'épididyme et de la naissance du cordon, la ligne circulaire suivant laquelle le feuillet pariétal de la séreuse se réfléchit pour se continuer avec le feuillet viscéral. Au moyen de ciseaux, on fait une section en suivant cette ligne circulaire. Il faut prendre seulement quelques précautions pour ne pas intéresser le cordon spermatique. Le feuillet pariétal est ainsi réséqué ; on replace le testicule dans la cavité formée par ses autres enveloppes, on fait quelques ligatures pour bien arrêter toute hémorrhagie, puis on suture la plaie au catgut ou au crin de Florence en laissant seulement à la partie inférieure une petite ouverture par laquelle on fait un drainage pendant 24 heures. »

Forme lente de tuberculose testiculaire.

M. Chambellan relate dans la *France médicale* (n° 8, p. 113, 1897) l'observation d'une tuberculose testiculaire à marche lente. Cette observation est, dit-il, intéressante à plusieurs titres :

1° Par la longueur insolite de l'évolution de la tuberculose testiculaire. Il y a trente-deux ans que l'affection a débuté.

2° L'analyse de cette observation démontre qu'il n'est jamais permis de dire qu'une tuberculose testiculaire est guérie, comme des auteurs très autorisés l'ont soutenu; et, ce qui le prouve bien, c'est ce grand intervalle de dix-huit ans qui a existé entre ces deux poussées de tuberculose.

3° Les auteurs insistent beaucoup sur la présence d'une collection purulente pour permettre au médecin de faire de bonne heure le diagnostic d'orchite tuberculeuse aiguë. Dans mon observation, il n'y a pas eu de collection purulente dans la première poussée d'orchite sur le testicule

gauche; il n'y a eu qu'une sortie au dehors d'un liquide clair. Dans les cas de ce genre, il ne faudra donc pas éliminer l'idée d'orchite tuberculeuse, mais rechercher avec soin s'il n'y a pas de bosselures anormales du côté de l'épididyme ou du testicule, comme il en existait du reste chez mon malade.

Dans une nouvelle poussée seulement, deux ans après, on a observé la collection purulente dont parlent les auteurs.

4° Mon malade a présenté de la tuberculose testiculaire bilatérale, comme il arrive le plus souvent. Mais les phénomènes réactionnels n'ont pas été les mêmes des deux côtés. Du côté gauche, orchite tuberculeuse répétée deux fois; du côté droit, tuberculose testiculaire se révélant par des symptômes peu éclatants, sans que le scrotum se soit ouvert. J'ai constaté de ce côté droit l'existence d'une particularité qui ne manque pas d'intérêt, je veux parler de l'existence de ces douleurs assez vives, revenant par crises, lorsque des nodules tuberculeux se sont développés sur le canal déférent. Ces nodules tuberculeux englobaient sans doute quelques filets nerveux, de là ces manifestations névralgiques.

5° Malgré la longue durée de l'affection et les diverses poussées tuberculeuses qui se sont faites sur les glandes testiculaires, la prostate et les vésicules séminales n'ont présenté jusqu'ici aucun trouble objectif ni subjectif.

6° Je rappelle l'existence de ce frisson intense survenant sans cause appréciable à deux reprises différentes, à vingt-quatre heures d'intervalle, vers le déclin de la fièvre typhoïde. N'était-il pas le signe révélateur de l'infection de l'organisme par le bacille de Koch?

7° On devrait peut-être se demander pourquoi, chez certains malades, la tuberculose testiculaire affecte une marche rapide, tandis que chez d'autres elle présente une durée si longue. Je pense que l'arthritisme avéré dont fait preuve mon malade est peut-être la cause de l'évolution si lente de son affection des testicules.

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Hernie fémorale étranglée avec un sac dit épiploïque.

M. Herbert Allingham a opéré, à l'hôpital Saint-George, une femme de 50 ans qui avait une histoire de hernie fémorale pour laquelle elle avait porté un bandage pendant bien des années. Deux jours avant son admission à l'hôpital, le gonflement augmenta, elle se plaignit de douleur et commença à vomir; on trouva une grande hernie fémorale étranglée.

L'incision ordinaire fut faite jusqu'au sac que l'on ouvrit, mais aucun liquide ne s'en échappa; comme revêtement de l'intérieur du sac on trouva une garniture d'épiploon qui était adhérente à ses parois et au centre de laquelle on découvrit une anse d'intestin grêle étroitement rétrécie. La constriction fut divisée et l'intestin remis dans l'abdomen; on attira ensuite de l'abdomen une certaine quantité d'épiploon, autour de laquelle on passa une ligature que l'on noua solidement, puis on sépara l'épiploon attiré de l'épiploon adhérent dans le sac; le sac fut alors libéré des parties environnantes, et, une ligature ayant été mise autour de son col, il fut enlevé avec son revêtement épiploïque.

L'intérêt de ce cas, dit M. Allingham, consiste dans le fait que le sac de la hernie fémorale était revêtu à son intérieur d'épiploon; c'est un point important que tout chirurgien doit se rappeler, puisque, dans le cas qu'il vient d'opérer et dans d'autres qu'on a rapportés, il n'y avait pas de liquide dans le sac, car si cette condition n'était pas appréciée et connue, elle pourrait causer bien des difficultés en opérant sur de telles formes de hernie étranglée.

(*Méd. mod.*, n° 14, p. 109, 1897.)

COU, CRANE, FACE

Technique de la cure radicale de l'empyème du sinus maxillaire.

M. Goris (*Presse méd. belge*, 17 janvier 1897, et *Rev. internat. de Méd. et de Chir.*, n° 3, p. 49, 1897) applique la cure radicale : 1° aux sinusites rebelles aux autres traitements; 2° d'emblée aux cas de sinusite où il ne trouve rien du côté des dents ou des fosses nasales. Voici la technique de cette opération :

Quand le malade est endormi, on l'attire jusqu'au bord de la table de façon à laisser pendre sa tête. Un aide attire la langue au moyen d'une pince-érigne et continue la narcose; un autre maintient le bâillon et éponge la gorge. Introduisant l'index sous la joue pour la tendre, le chirurgien incise la muqueuse buccale le long de son insertion alvéolaire; il détache, au moyen d'une large rugine, tous les tissus formant la joue et met ainsi à nu la surface externe du maxillaire, jusqu'au-dessous du trou sous-orbitaire, au niveau duquel il a placé son pouce à l'extérieur, afin d'empêcher la rugine d'aller trop loin. Un aide rétracte fortement les tissus détachés, le chirurgien défonce alors la paroi antérieure du sinus au moyen d'un vilebrequin lancéolé et agrandit rapidement l'ouverture avec un ciseau ou une pince à os. En ce moment, se déclare une très violente hémorrhagie provenant de la muqueuse du sinus; on l'arrête par le tamponnement : on explore ensuite la cavité du sinus avec le doigt et on fait un curettage soigné des diverses parois de l'antre; on agit rapidement à cause de l'hémorrhagie; on pratique un second tamponnement suivi de la cautérisation des parois au termo-cautère et d'un dernier tamponnement à la gaze iodoformée. Le pansement est renouvelé au bout de cinq jours, puis tous les deux ou trois jours. Après trois semaines, on inspecte soigneusement à l'éclairage électrique direct la cavité du maxillaire; si certains points paraissent douteux, on les cautérise soit au galvano-cautère, soit au chlorure de

zinc. Ce n'est qu'au bout de huit à neuf mois qu'on laissera fermer la fistule, quand on aura acquis la conviction que la suppuration est définitivement tarie.

Cure opératoire de la phlébite otitique au sinus latéral.

M. Chipault a communiqué à l'Académie de médecine (séance du 9 février 1897) la technique opératoire de la phlébite otitique. Cette technique comprend trois temps :

1° Double ligature de la jugulaire interne au cou, avec section de la veine entre les deux ligatures et fixation du bout supérieur dans l'angle supérieur de la plaie cervicale ;

2° Ligature du sinus transverse, le plus près possible du pressoir d'Hérophile, et par conséquent de la protubérance occipitale ;

3° Attaque du foyer septique, comprenant : l'ablation des lésions osseuses mastoïdiennes et antrales, l'ouverture large de la loge sinusale, l'évacuation du pus périsinusal et des produits septiques intra-sinusaux, l'ouverture, par résection de la paroi antérieure osseuse du coude sinusal, du bulbe jugulaire infecté par les veines antrales, enfin l'établissement du drainage sinusal jugulaire, propice aux lavages biquotidiens ultérieurs.

M. Chipault ajoute :

» Cette intervention, que je n'ai jamais eu l'occasion de pratiquer chirurgicalement, a été exécutée pour la première fois, l'an dernier, par M. Albin Lambotte, d'Anvers : grâce à lui, je puis vous présenter son opérée, dont la guérison, qui remonte aujourd'hui à près d'un an, apporte une éclatante confirmation aux idées que j'avais émises. »

Traitement du goitre exophtalmique par la section du sympathique cervical.

M. Vignard (*Bull. méd.*, n° 15, p. 167, 1897) rappelle que c'est à son maître, M. Jaboulay (de Lyon), que revient le mérite d'avoir, le premier, pratiqué et préconisé la section double du sympathique cervical dans le but de traiter le goitre exophtalmique.

M. Jaboulay a d'abord sectionné le cordon du sympathique entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion cervical moyen, puis il a enlevé le ganglion cervical supérieur, une fois même le ganglion cervical supérieur et le ganglion cervical moyen avec le cordon nerveux qui les réunit. M. Jonnesco a annoncé une résection totale du sympathique (les trois ganglions y compris). Mais cette opération n'a pas été pratiquée. Aujourd'hui, M. Jaboulay se contente de faire la résection du ganglion cervical supérieur et d'une partie du cordon qui lui fait suite.

Sarco-épithéliome kystique du sein.

MM. Kerbiriou et **Danel** (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, n° 8, p. 175, 1897) donnent l'histoire clinique d'une tumeur du sein dont ils ont fait avec soin l'examen anatomo-pathologique et concluent :

« Il s'agit d'une tumeur mixte du sein, dans laquelle on peut trouver une combinaison rarement observée de myosarcôme fasciculé et d'épithéliome avec prédominance manifeste du tissu conjonctif, puisque certaines coupes sont extrêmement pauvres en éléments épithéliaux.

» Quelle est l'histoire de sa formation ? Il est évident que le sarcôme s'est constitué tout d'abord. Le tissu conjonctif jeune, en proliférant, a émis des bourgeons qui, rencontrant sur leur passage des canaux galactophores, ont refoulé devant eux, en s'en coiffant, la paroi de ces canaux. Il en est résulté, dans la suite, une série de kystes de volume variable, comblés en partie par la production néoplasique.

» Le tissu épithélial a réagi à un moment donné contre cet envahissement de tissu sarcomateux. Il a proliféré à son tour, donnant à la tumeur un caractère de malignité que l'examen des ganglions de l'aisselle permet d'affirmer et qui donne le droit de craindre une récidive. »

Variété très rare de thyroïdite chronique.

M. Tailhefer (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 13, p. 145, 1897) rapporte le cas d'un malade chez lequel il a enlevé, avec M. Jeannel, un lobe de la glande thyroïde hypertrophié pour lequel on avait fait le diagnostic de tumeur du corps thyroïde et où l'examen microscopique a montré que la tumeur ne présentait d'autres éléments que ceux de l'inflammation chronique.

Effets de la section du sympathique cervical dans le goitre exophtalmique.

M. Vignard a présenté, à la Société des Sciences médicales de Lyon (*Prov. méd.*, n° 7, p. 82, 1897), une malade atteinte de goitre exophtalmique, chez laquelle M. Jaboulay a pratiqué la section double du grand sympathique cervical et du ganglion cervical supérieur. L'opération a été faite le 26 janvier 1897. Aujourd'hui, les yeux ont notablement diminué. Les paupières qui, avant l'opération, ne parvenaient pas à cacher le globe oculaire, le recouvrent aujourd'hui complètement. Les pupilles sont punctiformes, la surexcitation est très atténuée et le tremblement à peine appréciable. Le pouls varie entre 90 et 100, mais les crises de palpitations ont cessé. L'état est très satisfaisant.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Traitement des fractures par le massage combiné avec la mobilisation des articulations et des muscles.

M. Annequin (*Dauphiné méd.*, n° 1, p. 17, 1897) suit à peu près la méthode Lucas-Championnière. Supposons le cas d'une fracture de jambe ; sa technique est la suivante :

1° Avant l'application de l'appareil, il pratique pendant 15 à 20 minutes, sur toute l'étendue du membre, un mas-

sage superficiel et indolore, exécuté, dans le sens de la circulation de retour, avec toute la main appliquée en bracelet : ce massage se fait en évitant de passer sur le foyer de la fracture et en soutenant exactement les fragments; le savon est excellent pour faciliter ces premières frictions;

2° Aussitôt après la séance de massage, le membre est placé dans une gouttière plâtrée pendant une période variant de six à douze jours, en ayant soin de laisser aux orteils toute leur liberté de mouvements, ce qui prévient les adhérences et produit une sorte de massage profond tout autour de la fracture;

3° A dater de la levée du premier appareil, le massage est régulièrement fait chaque jour pendant 15 minutes, en associant progressivement les pressions profondes, à l'aide des pouces, aux pressions superficielles en bracelet; à la fin de chaque séance, les articulations du genou et du cou-de-pied sont progressivement mobilisées, puis le membre est remplacé dans la gouttière;

4° Vers le dix-huitième ou vingt-deuxième jour, l'appareil peut être supprimé : le massage est continué; tous les mouvements actifs sont permis;

5° A dater du trentième jour, les essais de marche avec des béquilles peuvent être autorisés; mais il faut de la prudence, le cal pouvant encore se tasser, ou devenir douloureux, sous la pression du poids du corps.

Compression du nerf tibial postérieur par un cal ancien ; mal perforant plantaire.

M. Berger (*Bull. méd.*, n° 14, p. 131, 1897) a cité récemment ce double fait à une de ses cliniques. Dans ces conditions, l'intervention chirurgicale est commandée. Quand il s'agit de compression nerveuse déterminant des paralysies et des troubles trophiques et quand les accidents durent depuis un temps assez long, l'on sait qu'on n'a aucun bénéfice à attendre de l'opération. L'opération peut être difficile dans certains cas; désenclaver un nerf compris dans un cal ou entre des fragments est un acte des plus délicats puisqu'il faut creuser une tranchée dans la masse osseuse où le cordon nerveux est perdu, sans risquer d'intéresser celui-ci ou de le contondre.

De la blessure des vaisseaux artériels dans les fractures de jambe.

Dans une clinique récente, **M. Duret** (*Journ. des Sciences méd. de Lille*, n° 7, p. 145. 1897) a étudié les lésions des vaisseaux artériels dans les fractures de jambe et les accidents qui peuvent survenir à la suite des lésions vasculaires constatées.

De ces accidents, les uns sont immédiats, les autres secondaires. Les accidents immédiats sont la bosse ou collection sanguine, l'infiltration sanguine, l'hémorrhagie grave. Les accidents secondaires sont : l'hémorrhagie secondaire, l'anévrysme, la gangrène. L'hémorrhagie secondaire survient 10, 20 et même 30 jours après l'accident. Les anévrysme sont faux primitifs. ou faux consécutifs. La gangrène est un accident rare. Elle résulte d'une compression et d'une attrition des artères. La gangrène est plus souvent sèche; elle est humide s'il y a des lésions veineuses concomitantes. La seule ressource devant la gangrène confirmée est l'amputation.

Ostéôme du ligament rotulien.

M. Félix Lejars (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 25, p. 167, 1897) donne le compte rendu d'une observation d'ostéôme du ligament rotulien chez un garçon de 17 ans. La tumeur était indépendante à la fois de la rotule et du tibia. Il existait, de plus, une atrophie de la jambe et de la cuisse du même côté avec une déformation du pied consécutive à cette infériorité musculaire. M. Lejars a pu extirper la tumeur et reconstituer le ligament rotulien réduit à une coque fibreuse. Son malade a parfaitement guéri et recouvré à peu près entièrement les mouvements de flexion et d'extension de son membre inférieur.

De l'aïrol dans le traitement des ulcères variqueux.

L'aïrol ou dermatol iodé est un antiseptique de date récente et qui a été surtout étudié à l'étranger. Aussi **M. Calais** a pensé qu'il y avait là matière à recherches personnelles et a pris pour sujet de sa thèse les propriétés thérapeutiques de l'aïrol. Les observations publiées à l'étranger, ses expériences personnelles lui ont permis de poser les conclusions suivantes :

1° L'aïrol est doué d'un pouvoir antiseptique à peu près égal à celui de l'iodoforme (bien que ne renfermant que 24.8 0/0 d'iode);

2° Il a une odeur faible et nullement incommodante;

3° Il n'est pas irritant pour les téguments ou les muqueuses qui avoisinent les plaies;

4° Sa toxicité est faible, surtout dans l'emploi externe;

5° L'aïrol diminue les sécrétions et active énergiquement la réparation des plaies par la stimulation imprimée au bourgeonnement;

6° Il mérite de prendre place à côté de l'iodoforme, de lui être substitué, surtout dans les cas où l'on peut craindre les accidents qu'occasionne ce dernier; il se recommande spécialement dans le traitement des plaies et *ulcères variqueux.*

(*Rev. prat. des Trav. de Méd.*, n° 8, p. 63, 1897.)

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine.

Voici le sujet de la composition écrite : *Des thromboses veineuses.*

La première séance de lecture a eu lieu mercredi dernier à la Charité.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ULCÉRATIONS DE LA LANGUE

(Suite et fin.)

B. L'ULCÉRATION TUBERCULEUSE SUPERFICIELLE siège partout, assez souvent sur la pointe et les bords ; elle n'a pas de forme déterminée, est assez souvent allongée suivant le grand axe de la langue ; les bords sont ou bien peu saillants et mal délimités, ou bien en relief, abrupts, nettement découpés, festonnés ou non. Le fond est grisâtre, irrégulier, anfractueux, recouvert de bourgeons charnus ou de détritus caséeux. Tout autour de l'ulcération principale, il peut y avoir un semis de granulations opaques et jaunâtres ou transparentes ou bien une collerette de petites ulcérations. De tous ces caractères, le dernier seul est pathognomonique ; on peut dire que l'ulcération tuberculeuse n'est pas d'habitude *spécifique* au point de vue du diagnostic.

C. L'ULCÉRATION DES FUMEURS, quand elle est simple, se voit, au point où l'extrémité du tuyau de pipe vient butter contre la langue ; mais souvent il existe de véritables petites plaques de production épithéliale d'un blanc laiteux (leucoplasie buccale, psoriasis buccal), qui finissent par s'ulcérer et s'étendre ; c'est là souvent le début de l'épithélioma.

Deuxième cas : L'ulcération est saillante.

Il faut éliminer de suite, par les caractères de l'ulcération qui est alors peu envahissante, peu creusante, et par les caractères de la tumeur qui est bien limitée, bien circonscrite :

a) Les ulcérations siégeant sur des tumeurs bénignes de la langue à type conjonctif (lipôme, fibrôme, chondrôme, sarcôme) qui sont, du reste, exceptionnelles ;

b) Aussi facilement, les kystes rompus, vidés et dont le fond bourgeonne (kystes muqueux, kystes séreux congénitaux, kystes dermoïdes) ;

c) Plus facilement encore, les ulcérations des tumeurs vasculaires (angiômes). J'ai déjà parlé des lymphangiômes (macroglossie).

Cette éliminination faite, il ne reste plus qu'à se décider entre : *d*) la syphilitis tertiaire ; *e*) l'épithélioma ; *f*) la tuberculose profonde.

D et E. CANCER ET SYPHILIS. — Ce diagnostic est facile si l'on suppose qu'il s'agit, d'une part, de la forme végétante, *champignonneuse* du cancer et, d'autre part, de cette forme scléreuse de la syphilis, qui engendre la langue *parquetée* de Fournier (glossite superficielle) ou la langue *vallonnée*, crevassée, fissuraire, rhagadée de Clarke (glossite profonde). Mais le diagnostic peut devenir très difficile entre le cancer et la syphilis, s'il s'agit de la forme creuse, rongeante de l'épithélioma et de la forme gommeuse, bourbillonneuse, de la syphilis tertiaire. Voici donc les principaux signes différentiels :

1° *Bords :*

Dans le cancroïde, épais, saillants, indurés, déchiquetés (hourrelet cancroïdien).

Dans le syphilôme, minces, non indurés, décollés, souples.

2° *Base :*

Dans le cancroïde, dure, large, étendue ; la langue fait corps avec le plancher de la bouche.

Dans le syphilôme, la zone d'induration ne dépasse guère l'ulcération.

3° *Fond :*

Dans le cancroïde, il saigne facilement.

Dans le syphilôme, il saigne peu.

4° *Sécrétion :*

Dans le cancroïde, sécrétion d'un ichor abondant, fétide.

Dans le syphilôme, sécrétion presque nulle d'un pus beaucoup moins fétide.

5° *Douleurs :*

Dans le cancroïde, fréquentes, consistant en élancements pénibles dans l'oreille et augmentant pendant la mastication, la déglutition, d'où immobilité de l'organe.

Dans le syphilôme, il n'y a que peu de douleurs s'il n'y a pas de complications inflammatoires.

6° *Ganglions :*

Dans le cancroïde, ils sont très rapidement atteints ; d'abord isolés et roulant séparément sous le doigt, ils forment bientôt une masse compacte.

Dans le syphilôme, ils ne sont pas atteints, ou, s'ils le sont, il s'agit d'adénite inflammatoire banale.

7° *Cachexie :*

Dans le cancroïde, rapide.

Dans le syphilôme, il n'y en a pas.

F. TUBERCULOSE PROFONDE. — Quant à la tuberculose parenchymateuse de la langue, elle est rare ; elle forme d'abord une petite masse isolée, un noyau profond, dur, non douloureux, qui se ramollit, se vide, suppure et bourgeonne. Le diagnostic avec une gomme syphilitique est très difficile (l'inoculation animale du contenu trancherait la question si on a des doutes). En réalité, cet abcès froid de la langue est exceptionnel.

Ce qui doit ressortir de toute cette description, c'est, en résumé, la difficulté de diagnostic, dans certains cas, de la gomme syphilitique et du cancer ; l'hybridité complique encore quelquefois la question. En cas de doute, mais en cas de doute seulement, il faut essayer la « pierre de touche », c'est-à-dire administrer le traitement antisyphilitique. Mais si l'action de celui-ci n'est pas rapide, il importe de ne pas le prolonger, car il active la marche de l'épithélioma.

S. P.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. des ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 10 6 Mars 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

CAUSERIE DE L'HOPITAL COCHIN — M. PIERRE SEBILEAU

Traitement de la hernie ombilicale (1).

Il y a trois variétés de hernie ombilicale : la hernie ombilicale des nouveau-nés, la hernie ombilicale des enfants, la hernie ombilicale des adultes. La première est congénitale; on dit des deux autres qu'elles sont accidentelles ou acquises, quoiqu'il ne me paraisse pas douteux que parmi les hernies de la première enfance beaucoup soient des hernies méconnues de la période fœtale. Au reste. peu importe.

I

Je ne veux point vous parler du traitement qu'il convient de diriger contre la hernie ombilicale des nouveau-nés, et voici pourquoi. Ou bien cette hernie consiste en une énorme éventration sus et sous-ombilicale renfermant la plus grande partie si non la totalité des viscères abdominaux, véritable monstruosité qui est tout à fait incompatible avec la vie et indiscutablement au-dessus des ressources de l'art chirurgical. Ou bien il s'agit d'une tumeur grosse à peu près comme un citron, recouverte, si elle s'est développée pendant la période embryonnaire, d'une pellicule mince, ténue et transparente, émanée de l'amnios, et pouvant contenir un segment d'intestin, le pédicule vitellin, l'anse vitelline, le prolongement allantoïdien; tumeur enfermée, au contraire, dans un double sac, péritonéal et cutané, si elle s'est formée pendant la vie fœtale : or, tous ces désordres, quelle que soit leur variété, commandent, par l'irréductibilité du contenu herniaire, les chances de rupture, de perforation, de sphacèle des enveloppes et les menaces d'infection du péritoine, une intervention qui, à la ligature près des vaisseaux ombilicaux et du pédicule vitellin, n'est pas sensiblement différente de la réduction herniaire et de la reconstitution pariétale dont je décrirai plus loin le manuel opératoire, en parlant des adultes. Ou bien, enfin, la hernie du nouveau-né forme une tumeur de petit volume. bien enveloppée. de réduction facile, apparemment à l'abri de l'ulcération ou de la gangrène, et le mieux alors est d'attendre la chute du cordon et la fermeture spontanée de l'ombilic. en mettant tout simplement en œuvre les précautions qu'impose au chirurgien la présence d'une hernie ombilicale de l'enfance, celle dont je vais m'occuper maintenant.

II

La hernie ombilicale des enfants se produit pendant la période d'organisation et de transformation conjonctive de la région ombilicale : elle apparaît donc ou, tout au moins, commence à se développer pendant les six premiers mois de la vie. Dans une certaine mesure, il serait légitime de dire de ces hernies de l'enfance qu'elles sont des hernies congénitales, non seulement parce qu'un certain nombre d'entre elles ne sont autre chose que des hernies fœtales méconnues, mais encore parce que les autres,

(1) Publiée par la *Semaine Médicale*, n° 64, 23 décembre 1896.

celles qui sont postérieures à la naissance, n'évoluent qu'à la faveur d'une disposition anatomique congénitale : la perforation funiculaire de la paroi abdominale.

Quoi qu'il en soit de ces questions de nomenclature, le chirurgien est appelé à diagnostiquer et à traiter la hernie ombilicale infantile sur des sujets de trois catégories différentes : 1° sur des enfants qui crient, ne marchent pas et se souillent (de un à douze ou quinze mois approximativement) : 2° sur des enfants qui ne pleurent guère, marchent seuls et ne sont plus salis par leur urine (de deux à sept ou huit ans) ; 3° enfin, sur les grands enfants, sur ceux, veux-je dire, qui commencent à accomplir leur traversée vers l'adolescence. Aux uns et aux autres convient un traitement différent, car les notions fournies au chirurgien par l'évolution clinique des hernies ombilicales infantiles abandonnées à elles-mêmes donnent à celui-ci des indications thérapeutiques variables suivant l'âge des petits malades qui en sont atteints. Or, voici ce que l'expérience, à cet endroit, nous apprend : *a*) le plus grand nombre des hernies de la première enfance rentrent dans le ventre par rétraction, resserrement et oblitération définitive de l'anneau ombilical ; *b*) une bonne partie de celles qui se développent dans la seconde enfance échappent à tout travail naturel de guérison ; *c*) de l'interrogatoire des adultes atteints de hernie ombilicale et capables de fournir quelques documents sur les premières années de leur existence, on peut conclure que chez beaucoup de ceux-ci la lésion n'est autre chose qu'une lésion ancienne, imparfaitement guérie, dont le développement ultérieur a été simplement favorisé par des causes adjuvantes variables (grossesses, efforts, etc.). Or, à ces trois propositions il convient d'annexer, sous forme de corollaires, les trois affirmations suivantes : 1° dans le cours des premiers mois de sa vie, l'enfant hernieux peut, en quelque sorte, se passer de tout traitement sérieux : 2° il importe, sur les enfants du second âge, de tout faire pour assurer une contention parfaite de la tumeur, mais, en règle générale, la cure opératoire n'est pas chez eux suffisamment justifiée : 3° à partir de huit à dix ans, l'enfant, en ce qui concerne les indications thérapeutiques fournies par la hernie ombilicale, peut être envisagé comme un adulte : il devient, en effet, désormais incapable de guérir spontanément, et, comme tel, mérite qu'on lui applique les considérations dont l'adulte sera plus loin l'objet.

Hernie ombilicale des enfants du premier age. — Il n'y a pas grand inconvénient, ai-je dit, à ce que la hernie des très jeunes enfants ne soit pas maintenue, mais, en revanche, il y a un inconvénient extrême à ce qu'elle soit *bien* maintenue par un *mauvais* appareil. Et, dans l'espèce, un mauvais appareil est l'appareil qui, muni d'une tige ou d'une petite sphère capable de pénétrer dans l'anneau ombilical, apporte un obstacle à la cicatrisation et au resserrement de cet anneau. Rien pour l'avenir de l'enfant n'est pire que ces détestables inventions (bandages de Platner, de Riebter, de A. Cooper, de Vidal, de Demarquay, de Marduel, etc.), qui, pour avoir raison d'une hernie, arrêtent précisément le seul processus capable de la guérir.

Ceci dit, il faut avouer qu'il n'y a pas un seul moyen vraiment bon à employer. Aucun bandage ne peut être solidement fixé, aucun ne prend sur le tronc les adhérences suffisantes : tous sont souillés par l'urine. J'ai essayé, sur plusieurs enfants, le procédé de Hahn (de Stuttgard) (1), procédé qui remonte à 1846 et qui, comme beaucoup d'autres choses, vient d'être inventé à nouveau par un médecin russe, M. N.-S. Lobas (2). Ce procédé consiste à « recouvrir l'orifice herniaire de deux replis cutanés formés à proximité de l'anneau ombilical et maintenus au contact l'un de l'autre au moyen de bandelettes de diachylon larges de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres et assez longues pour atteindre les faces latérales de l'abdomen. On peut renforcer ce bandage par l'application de deux ou trois bandelettes verticales de sparadrap. Il est bon d'interposer entre les replis cutanés une fine couche de coton hydrophile dans le but de prévenir l'apparition de l'intertrigo. Dans les cas où les téguments abdominaux sont très flasques, on place sur l'anneau ombilical, avant d'affronter les replis cutanés, une pelote de coton aseptique qui doit être plutôt de consistance molle que trop tassée. Le bandage est renouvelé une ou deux fois par semaine. Il n'empêche nullement de baigner l'enfant. » C'est là un moyen des plus infidèles. L'appareil ne présente pas, chez les enfants un peu vigoureux, surtout quand ils sont criards, une résistance suffisante. Puis le diachylon irrite les téguments, qui sont bientôt frappés d'érythème. Enfin, l'emplâ-

(1) A. Boursier : Article *Hernie ombilicale*, in *Dictionnaire de Dechambre*, XV, p. 216.

(2) N. S. Lobas : *Un moyen de traitement de la hernie ombilicale chez l'enfant*. (*Semaine Médicale*, 1896, p. 412.)

tre, désagrégé par l'urine, se décolle et tombe. Bref, l'appareil est toujours sale et souvent inutile.

Voici donc, je crois, ce qu'il y a de mieux à faire et ce que je conseille d'habitude : un écu est enveloppé d'une mince couche d'ouate et appliqué sur la hernie où le maintiennent plusieurs longues bandelettes de diachylon collées en croix. Pardessus, une bonne couche d'ouate hydrophile, puis une serviette bien serrée. Chaque matin et chaque soir au moins, la mère refait l'appareil et nettoie soigneusement la peau, qu'elle doit enduire légèrement de vaseline après l'avoir lavée à l'eau alcoolisée. Il convient, chaque fois qu'on fait un nouveau pansement, d'appliquer sur une nouvelle place les lanières agglutinatives. Ce procédé est simple, innocent et efficace ; il demande, à la vérité, de la part de la nourrice, un peu d'adresse et de patience.

Hernie ombilicale des enfants du second âge. — Pour les sujets de la seconde enfance, les appareils toujours imparfaits et trop mobiles appliqués par la mère sont insuffisants. Un véritable bandage, avec pelote et ceinture, devient nécessaire. A quelles indications doit répondre ce bandage ? Quelles difficultés doit surmonter sa fabrication ? Quelle doit être, en résumé, sa formule ? C'est ce qu'a étudié, depuis plusieurs années déjà, et, à mon avis, résolu d'une façon heureuse, un de mes anciens élèves, le docteur Fournier de Lempdès, que je vois depuis longtemps travailler cette difficile question de l'anatomie et de la physiologie pathologique des hernies. Le médecin qui veut traiter une hernie ombilicale par l'application d'un bandage, dit avec raison notre confrère, se trouve aux prises avec quatre difficultés principales :

1° Il rencontre une ouverture herniaire qu'il s'agit d'obturer sans l'entr'ouvrir.

2° Cette ouverture est placée presque au milieu de la paroi abdominale, qui ondule d'une façon rythmique sous l'influence des mouvements respiratoires.

3° De chaque côté de l'ombilic s'allongent deux bandes musculaires qui, dans leurs contractions fréquentes, changent de forme et de relief quand le thorax ou le bassin se déplacent.

4° Le thorax et le bassin étant immobiles, le sujet peut encore produire volontairement, par contraction des grands droits, un retrait considérable de la paroi abdominale en arrière.

Pour remplir les différentes indications créées par les difficultés que je viens de signaler, M. Fournier de Lempdès propose « d'employer une pièce moulée en aluminium épousant avec fidélité la forme des parties qu'elle recouvre. Cette pièce moulée reproduira l'empreinte, modifiée au travers de la peau, de la couche musculo-aponévrotique sous-jacente. Il faudra que l'on puisse y retrouver la gouttière formée par la ligne blanche et par le surélèvement des grands droits, ainsi que le contour aplani de l'anneau ombilical dans lequel elle ne devra point pénétrer. La portion latérale du moulage portera, au niveau des grands droits, des dépressions assez profondes pour qu'ils puissent s'y mouvoir à l'aise dans leurs plus fortes contractions. La pièce moulée sera fixée à ses extrémités par une ceinture postérieure élastique et rectiligne qui, non seulement servira à lui communiquer la pression nécessaire, mais qui, se laissant distendre à chaque ondulation respiratoire, la maintiendra au contact de la paroi abdominale. »

Refoulement de la ligne blanche par la saillie semi-cylindrique de la pièce moulée en aluminium, sur le moulage de laquelle il convient d'enlever la saillie correspondant à l'ouverture de l'anneau ombilical ; facilité avec laquelle l'appareil, si la ceinture postérieure est suffisamment souple et élastique, s'adapte aux mouvements respiratoires ; aisance avec laquelle les muscles se logent dans les dépressions latérales de la pièce moulée, précision adéquate des parties creuses et renflées de la pièce qui donne à celle-ci une grande fixité sur les tissus, concentration de la force de compression élastique qui se localise sur la pièce au lieu de se diffuser sur les larges feuilles vulcanisées de certains de ces appareils qui recouvrent maladroitement toute la surface de l'abdomen : tels sont les avantages par lesquels, d'après M. Fournier de Lempdès, la pièce moulée répond aux trois premières données du problème. Reste la quatrième : l'indication de lutter contre le vide que crée chez les sujets maigres, entre la pièce moulée et les téguments, le retrait de la paroi abdominale produit par la contraction forcée « à plat » des grands droits. Contre cet écueil tous les appareils sont, à vrai dire, impuissants ; mais les adultes s'abstiennent facilement de cette contraction qui nécessite un effort volontaire, et quelques remontrances raisonnées suffisent facilement à en préserver un enfant.

Pour ma part, je trouve la pièce d'aluminium moulée infiniment supérieure à toutes les autres pe-

lotes employées jusqu'à ce jour : mais, pour si parfaite qu'elle soit, elle n'a point une fixité capable de résister toujours aux mouvements souvent désordonnés d'un enfant qui joue. Il faut habituer les petits malades à redresser eux-mêmes leur appareil quand celui-ci s'est déplacé : on y arrive sans peine.

Hernie ombilicale des grands enfants. — Je répète qu'il ne faut pas compter sur la guérison de la hernie ombilicale d'un enfant de 7 ou 8 ans, dont l'anneau n'a pas encore accompli son oblitération cicatricielle. C'est désormais d'une lésion définitive qu'il s'agit. Le chirurgien peut, il est vrai, conseiller encore l'usage d'un bandage bien construit, mais un droit nouveau surgit pour lui : celui d'entreprendre la cure chirurgicale. Je vais dire, en étudiant la hernie de l'adulte, comment, à cet égard, le problème se pose et comment il faut le résoudre.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars. — Présidence de M. Delens.

Traitement du goitre exophtalmique.

(Suite de la discussion.)

M. Schwartz. — J'ai vu, dans le courant de l'année dernière, un goitre exophtalmique pour lequel j'ai dû intervenir.

Il s'agissait d'une femme de 37 ans, mère d'un enfant de 13 ans. Au moment où je l'ai vue, le début de sa maladie remontait à un an environ. Cette malade présentait la triade du goitre exophtalmique : tuméfaction de la moitié droite du corps thyroïde, tremblement et tachycardie. La tachycardie surtout était remarquable et atteignait 140 à 150 pulsations par minute.

Chez cette femme, l'examen soigné de la glande thyroïdienne dénotait l'existence d'une tumeur véritablement intra-glandulaire. Aussi en ai-je proposé l'énucléation qui fut faite le 29 mai 1896.

Cette opération se fit très simplement. Cependant je fus frappé, comme M. Quénu nous a dit qu'il l'avait lui-même été, par une hémorrhagie opératoire abondante et d'une abondance nullement proportionnée au volume de la tumeur. J'ai lutté contre cette hémorrhagie, non en faisant une thyroïdectomie totale, à l'exemple de M. Quénu, mais en badigeonnant la cavité saignante avec une solution d'antipyrine, et l'hémorrhagie s'est arrêtée.

Pendant les trois jours qui ont suivi, il s'est produit une recrudescence des accidents cardiaques de la maladie : irrégularité du pouls, tendances à la syncope. J'ai donné le bromure de potassium à haute dose, jusqu'à six grammes pour les 24 heures. L'orage s'est alors calmé et la guérison complète de ma malade a eu lieu au bout de 17 jours. Il y a eu guérison du goitre et surtout des accidents, particulièrement de la tachycardie. J'ai eu des nouvelles de cette femme au mois de décembre dernier et je sais que sa guérison se maintient.

Voilà donc, en somme, une observation bien simple : tumeur intra-thyroïdienne et accidents basedowiens guéris par l'ablation de la tumeur. Notez, au point de vue opératoire, la petite hémorrhagie produite et son arrêt par le tamponnement avec la solution d'antipyrine.

M. Tuffier. — Je vais vous présenter deux malades : L'une est cette malade opérée le 31 juillet 1894 et que je vous ai présentée dans la séance du 13 février 1895. Je rappelle rapidement son histoire : son père avait eu aussi un goitre ; le début du goitre de cette femme datait de 7 ans, la tumeur thyroïdienne avait existé la première. Ensuite, seulement, étaient venus les accidents divers : exophtalmie, tachycardie, etc. J'ai fait ici la thyroïdectomie partielle. Aussitôt, les accidents ont disparu progressivement. La malade allait déjà bien quand je vous l'ai montrée la première fois ; aujourd'hui elle va très bien, elle travaille aux écritures sans aucune difficulté.

La seconde malade est une femme de 30 ans que j'ai opérée le 14 janvier dernier pour des phénomènes aigus de goitre exophtalmique. Le début de la maladie datait d'un an. Il y avait de la tachycardie, du tremblement, de l'exophtalmie et, enfin, une diarrhée tenace à côté d'une hypertrophie très légère du corps thyroïde. J'ai donc opéré cette malade pour parer à des accidents très marqués de la maladie de Basedow et non pour enlever une tumeur thyroïdienne à peine saillante. J'ai fait la thyroïdectomie partielle. Ma malade commence à aller mieux, les accidents ne sont plus aussi aigus qu'avant l'opération, mais il y a encore loin de l'état de cette seconde malade à l'état de la première.

En terminant, j'insisterai sur le manuel opératoire de la thyroïdectomie. Je crois qu'il est bon de cautériser au fer rouge la surface thyroïdienne que l'on a incisée. On prévient ainsi l'écoulement du suc thyroïdien dans les tissus ; cet écoulement pourrait, en effet, expliquer, selon moi, les accidents toxiques rapides qui accompagnent quelquefois les opérations même les plus simples sur le corps thyroïde. Les malades meurent peut-être, alors, d'un empoisonnement aigu d'origine thyroïdienne. Je donne cette explication pour ce qu'elle vaut. Il n'en est pas moins vrai, toutefois, que personne encore n'a expliqué ces terribles déceptions arrivées à quelques-uns d'entre nous.

M. Poncet. — J'ai examiné les malades de M. Tuffier et écouté avec beaucoup d'intérêt la communication qu'il vient de nous faire. J'ai, pour mon compte, opéré un certain nombre de malades atteintes de goitre exophtalmique et je voudrais, moi aussi, présenter quelques considérations relatives aux accidents post-opératoires de la thyroïdectomie.

M. Tuffier nous a parlé d'un empoisonnement aigu, d'une sorte d'hyperthyroïdation, comme expliquant le mieux ces accidents. Je crois qu'il a dit vrai.

J'ai vu, à la suite des thyroïdectomies, certaines malades présenter des accidents de faux basedowisme avec troubles cardiaques et nerveux intenses, le tout accompagné de troubles fébriles. Il s'agissait là, en somme, d'une sorte de fièvre thyroïdienne, d'une intoxication d'origine thyroïdienne. Ces accidents redoutables se sont montrés de préférence après les thyroïdectomies pour maladie de Basedow vraie.

Il y a deux ou trois ans, mon ami M. Brissaud m'avait montré une malade de la Salpêtrière atteinte de goitre exophtalmique vrai, et m'avait prié de l'opérer. J'ai fait une simple exothyropexie, et ma malade a succombé au bout de 14 ou 15 heures. M. Brissaud et moi, dans cette circonstance, nous n'avons pu accuser que l'intoxication thyroïdienne et nullement le shock opératoire.

C'est dans ces cas particulièrement graves que la mort peut arriver quelques heures seulement après l'opération.

Le fait de la Salpêtrière fut le premier signalé dans cet ordre d'idées. Depuis, en France et à l'étranger, on a signalé d'autres faits analogues.

Je crois donc qu'il faut accuser, ici, l'intoxication thyroïdienne et non la septicémie chirurgicale. Aussi me paraît-il très prudent, dans un goitre exophtalmique vrai, de ne pas tenter de thyroïdectomie, d'autant plus que les malades sont mortes, dans certains cas, à la suite d'une simple exothyropexie.

Ma conviction actuelle est donc que si le goitre exophtalmique bénéficie en réalité d'une intervention chirurgicale, il faudra autant que possible se dispenser de faire cette intervention sur le corps thyroïde. C'est parce que je suis dans ces idées-là que j'accorde actuellement une valeur considérable à l'opération qui traite le goitre exophtalmique par la section double du grand sympathique.

Cette opération a donné à M. Jaboulay (de Lyon) d'excellents résultats. Il a jusqu'ici six ou sept opérés. Aucun d'eux n'a présenté d'accidents d'intoxication thyroïdienne post-opératoire, de faux basedowisme, de fièvre ni de toxémie thyroïdienne; chez aucun, les accidents du goitre exophtalmique vrai n'ont réapparu.

Je crois donc, en terminant, que si l'on peut opérer le goitre exophtalmique par une voie détournée sans toucher au corps thyroïde, c'est cette voie qu'il faudra prendre dans tous les cas.

Cholestéatome de l'oreille moyenne traité par la trépanation de l'apophyse mastoïde.

M. Broca. — M. Braquehaye (de Bordeaux) nous a envoyé l'observation d'un jeune homme de 27 ans qu'il suivait depuis dix ans. A 17 ans, cet homme fut atteint d'une otite moyenne suppurée consécutive à une angine. Du côté droit, cette otite guérit rapidement. Du côté gauche, au contraire, survint un gonflement derrière l'oreille pour lequel fut faite une incision des parties molles. L'abcès se réforma. En huit mois de temps, ce malade subit vingt fois l'incision de son abcès. Cela nous montre bien combien insuffisante est la simple incision des parties molles en pareil cas.

Puis, M. Demons a opéré ce malade par évidement simple de l'apophyse mastoïde. Le malade a paru guéri, mais, en 1895, nouvel abcès avec fistule mastoïdienne.

Conclusion : Tant que ce malade a été soigné par les moyens dits de douceur, il n'a pas guéri.

M. Braquehaye, appliquant les principes que j'ai formulés depuis longtemps, a opéré ce malade, en 1896, par trépanation de la mastoïde et de la caisse. Le malade a parfaitement et définitivement guéri. Il présente, en effet, derrière l'oreille, une vaste cavité épidermisée sans aucune fistule, sans aucun abcès.

Avant l'opération, le malade n'avait pas de paralysie faciale, mais il était sourd. Aujourd'hui, il n'a pas de paralysie faciale et il est sourd. En pareil cas, en effet, l'ouïe reste stationnaire ou bien elle est sensiblement améliorée, mais jamais il n'y a de retour complet de l'audition.

Origine des rétrécissements du rectum. Période prémonitoire.

M. Gérard-Marchant. — M. Verchère nous a envoyé un travail sur lequel je désire attirer votre attention.

Dans la première partie de son travail, M. Verchère nous présente trois femmes atteintes d'accidents secondaires chez lesquelles il a fait systématiquement le toucher rectal pour signes de constipation simple. Dans les trois cas, il nous dit avoir rencontré un rétrécissement plus ou moins accusé coïncidant avec un condylôme et des ulcérations ano-rectales. Toutes ces malades ont été améliorées par le traitement. Voici leurs observations rapidement résumées :

1° Femme de 18 ans ; syphilis récente, syphilides pigmentaires, constipée depuis trois semaines. Rétrécissement au-dessus du sphincter de l'anus. Toucher douloureux. On sent un conduit annulaire dur et à parois épaisses. Le traitement mixte intensif a été suivi d'une amélioration.

2° Femme de 22 ans ; syphilis en 1895 ; syphilides pigmentaires ; érosion des plis radiés de l'anus ; constipation ; toucher rectal douloureux montre, à deux centimètres au-dessus du sphincter, une série de nodules durs, arrondis, formant bourrelet. Le doigt éprouve une grande résistance à franchir le sphincter. La malade n'a que de la constipation sans hémorrhagie rectale. Après le traitement mixte, la paroi rectale redevient souple et les plis radiés de l'anus ne présentent plus de fissure.

3° Femme de 18 ans ; chancre en mai 1895 ; plaques muqueuses dans la bouche. Condylôme ulcéré de l'anus, l'ulcération se prolonge au milieu des plis radiés et se pour-

suit sur la muqueuse rectale. Constipation. Après traitement par piqûre de calomel, guérison.

Donc, dès le début de la syphilis, il est important de rechercher les désordres ano-rectaux, comme l'a fait M. Verchère. Et M. Verchère a, de plus, le mérite d'avoir appelé notre attention sur ce fait que les ulcérations anales se prolongent très souvent sur la muqueuse du rectum.

Quant aux rétrécissements du rectum à proprement parler, M. Verchère nous dit qu'ils sont annoncés tout à fait au début par les deux signes suivants : la contracture du sphincter et l'épaississement de la paroi. J'aurais voulu, sur ce point, une clarté plus complète et j'aurais aimé voir M. Verchère baser son affirmation sur des preuves histologiques. Je pense, en effet, que le toucher rectal seul est insuffisant pour nous donner une idée juste de ce que doit être alors la paroi rectale.

Il y a d'ailleurs une objection à faire et M. Verchère l'a prévue. Toutes ces malades dont nous parle M. Verchère avaient des ulcérations ano-rectales, de la rectite ; très souvent elles ont eu de la blennorrhagie ano-rectale. Ce sont enfin des pédérastes. Ces différents motifs ne suffisent-ils pas à expliquer l'épaississement des parois rencontré par M. Verchère ?

Je demanderai donc à M. Verchère de compléter ses observations par l'examen microscopique des parois rectales. Il lui suffira pour cela d'examiner la végétation qu'il a enlevée. Puis, je lui demanderai de suivre ses malades et de nous en reparler.

Ces réserves faites, je m'explique l'influence heureuse qu'il a retirée du traitement mixte et de l'hygiène auxquels ont été soumises les malades.

Dans la seconde partie de son travail, M. Verchère établit que le condylôme est le premier signe du rétrécissement du rectum. Gosselin avait déjà dit que le condylôme était généralement symptomatique d'une lésion intra-rectale. Mais cette lésion est-elle toujours un rétrécissement?

M. Verchère base son affirmation sur le fait suivant : il dit qu'un tissu analogue à celui du condylôme s'enfonce dans le rectum, y subit la transformation scléreuse et constitue le rétrécissement. Et M. Verchère rapporte ici six observations avec un seul examen histologique.

M. Verchère est peut-être allé un peu loin. Déjà Neumann et Hébra ont considéré le condylôme anal comme n'étant même pas toujours de nature spécifique. Actuellement, d'autre part, la question de rétrécissement du rectum a fait un pas grâce aux travaux des histologistes et l'on voit, dans le beau livre de MM. Quénu et Hartmann, que les rétrécissements rectaux peuvent être divisés en trois catégories : 1° rétrécissements inflammatoires ; 2° rétrécissements syphilitiques ; 3° rétrécissements tuberculeux. Or, le condylôme de M. Verchère ne ressemble en rien aux examens donnés par les histologistes des vrais rétrécissements rectaux.

Je pense donc que le condylôme doit rester un signe objectif de grande valeur témoignant de l'existence du rétrécissement, mais n'ayant pas de structure identique.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Routier. — J'ai vu, comme M. Berger, un certain nombre de fistules vésico-vaginales, toutes consécutives à l'accouchement. J'en vois moins depuis quelque temps, parce que les accoucheurs accouchent mieux et aussi, peut-être, parce que les chirurgiens qui savent opérer ces fistules sont plus nombreux.

Je ne veux pas parler des fistules vésico-vaginales créées par le chirurgien dans un but thérapeutique. Ces fistules sont faciles à oblitérer ; elles sont même parfois difficiles à entretenir.

Hormis ces cas, je compte dix opérations de fistules vésico-vaginales. Une fois j'ai dû faire l'oblitération du vagin, et il s'est formé des calculs. Une autre fois, j'ai opéré à deux reprises différentes une malade chez laquelle M. Verneuil était intervenu quinze fois. La fistule a fini par s'oblitérer d'elle-même, deux ans après ma dernière intervention.

Les deux gros écueils de ces opérations sont les brides et les adhérences. Dolbeau et Verneuil, que j'ai vus opérer autrefois, n'employaient pas la sonde de Bozemann. Je regrette de ne pas en connaître l'emploi, après ce que nous en a dit M. Berger. Je remplace le dilatateur par des incisions qui donnent parfois d'assez fortes hémorrhagies.

Une fois j'ai dû, pour combler une vaste perte de substance, attirer en bas le col de l'utérus et fixer sa lèvre antérieure à la partie antérieure de la vulve.

Ma conclusion est que pour toutes ces opérations autoplastiques, il faut faire de larges avivements. On peut suturer au fil d'argent, après affrontement. Je réserve cependant les crins de Florence aux fistules de cause chirurgicale. Je fais la simple torsion des deux fils d'argent que j'ai soin de prendre longs. Je n'ai plus tard qu'à les détordre pour les enlever.

Présentation de malade.

M. Lejars présente la photographie d'un volumineux lipôme de la région périnéo-scrotale, qui n'adhérait pas aux parois profondes.

Présentation de pièce.

M. Quénu présente les trois planches qu'il a fait dessiner. Ces planches représentent les différents temps de l'extirpation du rectum avec section de la prostate, sans aucune résection sacro-coccygienne, tels que M. Quénu les a décrits dans la dernière séance. A sa présentation, M. Quénu joint la pièce qu'il a extirpée par ce procédé. C'est un segment de rectum cancéreux mesurant environ douze centimètres ; on y voit que l'aponévrose prostatique adhérait au rectum, mais que les glandules prostatiques avaient été épargnés par le cancer.

Jean Petit.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DES MEMBRES

Traitement de la luxation congénitale unilatérale de la hanche par la création d'une ankylose fémoro-iliaque en bonne position.

M. Rochet (*Lyon méd.*, n° 8, p. 255, 1897) donne le détail du procédé opératoire qu'il a suivi dans quatre cas. Ce procédé est le suivant :

1° On aborde la tête fémorale en arrière, sur la fesse, par incision classique de la résection de la hanche (incision droite de Langenbeck, ou celle d'Ollier, brisée et à angle très obtus ouvert en avant).

2° Une fois arrivé sur la capsule articulaire et après avoir écarté les faisceaux musculaires que l'on rencontre, on incise cette capsule dans toute sa hauteur, depuis son insertion au col fémoral jusqu'au-dessus de l'endroit où on sent rouler la tête fémorale sous elle.

3° La capsule étant largement ouverte, on en fait sortir la tête du fémur pour bien exposer à l'œil toute la surface interne de cette capsule et pouvoir détruire sur la plus grande surface possible tout le revêtement séreux qui la tapisse. Pour ce faire, on s'arme d'une curette tranchante et on racle vigoureusement le revêtement synovial partout où on peut l'atteindre. Pour mieux préparer encore l'ankylose, on ne se contente pas d'aviver ainsi la surface interne de la capsule; on prend le couteau ostéotome et on pèle toute la surface de la tête fémorale en enlevant complètement le cartilage d'encroûtement ou le tissu fibreux lisse qui le représente sur certaines têtes déformées et atrophiées par la luxation ancienne.

4° Le travail d'avivement de la tête et de la capsule une fois terminé, on cherche à faire descendre la tête fémorale autant que possible, au moyen de tractions sur le membre inférieur faite par des aides vigoureux, pendant que d'autres font la contre-extension sur le tronc et le bassin. On tâche même de ramener la tête fémorale, si faire se peut, jusqu'en face de l'ancienne cavité ou de la place qui la représente, en tous cas le plus près possible d'elle.

5° Lorsqu'on a suffisamment fait descendre la tête en s'aidant du maximum de tractions, on suture en capiton toute la partie supérieure de la capsule laissée libre par la descente de la tête et jusqu'au-dessus de cette tête ellemême, de façon à l'empêcher de remonter dans cette partie de la capsule qui restera désormais inhabitée.

6° L'oblitération du cul-de-sac capsulaire une fois achevée, il reste encore à retrancher aux ciseaux toutes les portions de la capsule restées lâches et un peu flottantes par le fait de la descente de la tête, de façon à n'en garder que juste ce qu'il faut pour pouvoir suturer l'incision capsulaire primitive par-dessus la tête et le col fémoral et former ainsi un manchon fibreux qui les emboîte exactement. Cette suture de la capsule se fait avec des fils de soie perdus.

7° Dans un dernier temps, on complète l'opération par la suture à plans séparés des muscles et de la peau.

Le pansement, qui a une grande importance dans l'espèce, peut se faire de la façon suivante : Une fois les pièces antiseptiques appliquées sur la plaie, et d'après les règles ordinaires, on adapte un appareil à extension sur la jambe et le pied; ensuite, on applique le long de la face antérieure du membre opéré une attelle plâtrée qui emboîte en haut le bassin et la fesse et dont l'extrémité inférieure se recourbe sur le dos du pied pour maintenir l'extension qui aura été donnée au membre pendant la dessication du plâtre (attelle du type d'Ollier, pour l'extension et la contre-extension du membre inférieur après la résection de la hanche).

Pendant tout le temps, en effet, qu'a duré le durcissement du plâtre on aura fait pratiquer énergiquement cette extension par des aides.

Luxation ancienne de la hanche et son traitement chirurgical.

M. Gross (*Bull. méd.*, n° 14, p. 153, 1897), dans une clinique récente, a présenté un malade atteint d'une luxation ancienne de la hanche et décrit de la façon suivante l'opération qu'il a ensuite pratiquée point par point :

« Après anesthésie et antisepsie de la région, je ferai au devant de la tête fémorale, pour ne pas être gêné par elle, une incision sur une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure au bord postérieur de la cavité cotyloïde. Cette incision permettra, après avoir traversé les muscles fessiers, d'aborder la tête fémorale et de la réséquer, de sectionner les brides capsulaires qui pourraient gêner la rectification de la position et d'aviver le fond de la cavité cotyloïde dans laquelle sera amené le col. Après drainage et suture des parties molles, le membre sera rigoureusement immobilisé en bonne position dans un grand appareil plâtré. »

Traitement de l'ankylose de la hanche.

Voici l'exposé du traitement que **M. Moty** a appliqué récemment à un cas d'ankylose de la hanche dans l'extension consécutive à une arthrite blennorrhagique et qu'il a présenté à la Société de médecine de Lille, séance du 12 février (*Bull. méd.*, n° 14, p. 153, 1897) :

Le malade étendu à terre sur un matelas, on passe une sangle de brancard sous le genou, du côté de l'ankylose; cette sangle est bouclée de manière à former un grand anneau dans lequel le chirurgien passe le cou. Puis, son pied déchaussé appuyant sur le bassin et le pli inguinal, l'opérateur se redresse et exerce ainsi une traction graduée considérable sur le fémur; pendant ce mouvement, l'aide fléchit le genou, de façon à relâcher les muscles postérieurs; les obstacles péri-articulaires cèdent facilement. Il importe d'opérer graduellement et d'assurer le terrain con-

quis en pratiquant ensuite des mobilisations douces dans le sens des mouvements normaux. Cette manœuvre, renouvelée tous les matins, a déjà donné des résultats appréciables : le malade, qui marchait très difficilement et ne pouvait pas s'asseoir, marche aujourd'hui sans peine et s'assied de même ; il se lève après chaque séance de mobilisation. M. Moty trouve ce procédé bien préférable dans ce genre d'ankylose à la mobilisation sous le chloroforme, qui, en dehors des accidents anesthésiques, peut être suivie d'une nouvelle poussée d'arthrite conduisant à une nouvelle immobilisation et à une récidive de l'ankylose.

M. Folet a rapporté un cas semblable observé actuellement dans son service chez une femme atteinte de vaginite blennorrhagique et secondairement d'une arthrite de la hanche. Le membre a été redressé et la malade couchée dans une gouttière ; dès le troisième jour, les douleurs ont disparu. Après environ trois semaines d'immobilisation, on pratiquera le massage local et des mouvements graduels dans l'article malade.

Synostose de l'avant-bras.

La radiographie donne chaque jour des preuves de son utile concours dans le diagnostic des lésions, et particulièrement dans le diagnostic des lésions des membres.

M. Paul Coudray (*Méd. mod.*, n° 15, p. 117, 1897) en apporte un nouveau fait. Il s'agit d'une synostose de l'avant-bras, dont le diagnostic n'a été établi que par les rayons X. Cette soudure siégeait au niveau de la partie supérieure du ligament de Weihrecht. Elle avait causé l'abolition complète des mouvements de pronation et de supination. On a pu, d'après les antécédents, en attribuer la cause à une ancienne fracture ayant siège sur le cubitus et le radius au-dessous de la tubérosité bicipitale et très près d'elle.

On conçoit que ce diagnostic, ainsi établi, puisse être d'une utilité remarquable au point de vue du traitement qu'il convient de faire en pareil cas.

De la déambulation dans le traitement des fractures du membre inférieur.

M. Doubre (*Bull. méd.*, n° 17, p. 191, 1897) expose, d'après Bardeleben, les avantages de la déambulation dans le traitement des fractures du membre inférieur.

Ces avantages seraient : 1° de prévenir la formation des eschares; 2° d'empêcher l'atrophie des muscles; 3° de hâter la formation du cal; 4° de maintenir l'organisme dans de bonnes conditions physiologiques, particulièrement chez les vieillards et les alcooliques.

M. Doubre montre, en s'appuyant sur les travaux de M. Hennequin, que tous ces avantages sont illusoires, et il conclut :

Au résumé, le traitement ambulatoire est loin de réaliser l'idéal annoncé puisqu'il ne permet pas aux malades de se livrer à leurs occupations et qu'il n'autorise que quelques pas faits dans la chambre, puisqu'il ne vient pas en aide aux vieillards, puisqu'il n'empêche pas les accidents de l'alcoolisme, qu'il ne met à l'abri ni des eschares, ni de l'atrophie musculaire, et qu'il n'assure pas mieux, ni plus rapidement, la formation du cal que le traitement ordinaire, abstraction faite des dangers de chevauchement des fragments, de raccourcissement, sur lesquels nous avons appelé l'attention.

Le traitement ambulatoire n'a donc aucun côté vraiment utile et il est dangereux ; d'autre part, son application demande une grande habileté de main et, si on emploie les appareils orthopédiques, le traitement devient très coûteux. Il n'est donc point étonnant que ce traitement n'ait pas été utilisé en France où les méthodes en usage nous mènent bien plus pratiquement à des résultats aussi rapides et meilleurs.

M. Hennequin conclut en ces termes : « Espérer faire marcher utilement les blessés atteints de fractures du fémur ou du tibia avant la consolidation n'est, pour l'instant, qu'un beau rêve dont le lendemain, quelque désirable qu'il soit, ne peut encore être prévu. »

COU, CRANE, FACE

Abcès péri-pharyngiens.

M. Verstraete (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, p. 193, n° 9, 1897) rapporte cinq cas d'abcès péri-pharyngiens observés chez des enfants. Il tire de ses observations les conclusions suivantes : Les abcès péri-pharyngiens sont fréquents et se rencontrent chez les enfants entre 10 et 15 mois, plus souvent chez les filles que chez les garçons. Aucun de ceux qu'il a observés n'a été médian, tous se sont montrés à gauche, ce qui ne saurait être considéré comme une loi.

Tous les enfants observés ont présenté antérieurement de la rougeur dans la gorge. L'un même a eu la scarlatine.

On divise les abcès rétro-pharyngiens en supérieurs, moyens et inférieurs, suivant le siège qu'ils occupent, et on s'attache même à donner des signes spéciaux à chacune de ces variétés ; pratiquement, surtout dans des pharynx d'enfants de 10 ans, ces divisions semblent un peu inutiles.

L'évolution de l'abcès est relativement lente ; la durée totale de l'affection a été de 18 à 24 jours. Les accidents nécessitant une intervention rapide ne sont apparus, malgré le jeune âge des sujets, que quinze jours environ après le début.

Le diagnostic a été facile dans tous les cas, sauf une fois. La dysphagie, comme symptôme principal, alors qu'il n'y a rien à l'examen de la gorge, le cri et la voix nasonnés, le réflexe des liquides par le nez la plupart du temps, une inclinaison plus ou moins passagère de la tête, soit latéralement du côté de l'affection, soit en arrière, amènent à faire le toucher qui, en réalité, est le seul mode d'affirmer l'existence d'un abcès rétro-pharyngien.

La terminaison de ces abcès présente des considérations importantes à noter. Une seule fois, il y a eu résolution, on la considère comme rare. Nous croyons cependant qu'il ne doit pas en être ainsi et il est probable que beaucoup d'abcès rétro-pharyngiens, non diagnostiqués, suivent cette marche heureuse. Une fois aussi, il y a eu ouverture spontanée, semble-t-il. C'est là une terminaison exceptionnelle sur laquelle il ne faut pas compter. Dans les trois autres cas, une incision a été pratiquée par la voie buccale.

Deux enfants ont guéri, l'un après trois jours, l'autre après huit jours, grâce à une surveillance attentive. Enfin, un enfant a succombé à une récidive, douze jours après une incision buccale. Remarquons qu'on avait également incisé par la voie extérieure, ainsi que le préconise le docteur Phocas. Cette enfant ne serait probablement pas morte, si nous avions pu la voir lorsque les accidents se sont représentés à nouveau. Toujours après l'incision, il est remarquable de voir le changement opéré dans l'état de l'enfant, les parents le considèrent de suite comme guéri. Il n'en est pas moins urgent pour le médecin de ne les rassurer qu'à demi et de surveiller son petit malade.

Des kystes hydatiques des muscles de la face.

M. Bertelé, dans sa thèse récente sur ce sujet (*Thèse de Lyon*, 1896) donne les conclusions suivantes :

I. — Les kystes hydatiques sont très rares dans les muscle de la face, et la littérature médicale ne présente que huit observations authentiques. En y ajoutant l'observation inédite que nous avons recueillie dans le service de M. Poncet, nous comptons donc aujourd'hui neuf observations. Le temporal est le muscle le plus souvent atteint; cinq fois, en effet, il était le siège de l'hydatide. Deux fois le kyste siégeait dans le masséter; une fois dans le droit supérieur de l'orbite, et dans un autre cas, dans le droit externe.

II. — La coque des œufs de tænia échinocoque est dissoute soit dans la bouche, soit dans l'estomac, et l'embryon hexacanthe chemine par pénétration directe ou par voie sanguine.

D'après les considérations dans lesquelles nous sommes entré dans le cours de notre travail, il nous semble que l'infection directe par la voie buccale est très admissible pour les muscles masticateurs. Quant à la préférence du parasite pour le temporal, elle semble recevoir la même explication que pour d'autres muscles des membres et du tronc; ceux-ci lui offrent un terrain d'autant plus favorable qu'ils jouent un rôle plus actif et que leur vascularité est, par cela même, plus grande, d'où l'apport plus facile de l'embryon hexacanthe.

III. — Les kystes hydatiques des muscles de la face peuvent, d'après nos observations, atteindre un volume variable, depuis celui d'une petite noix jusqu'à celui d'une orange.

Le diagnostic exact ne saurait être établi, tout au moins quant à la nature intime de la tumeur; mais la présence d'une tumeur dans le muscle doit, suivant la remarque de M. Poncet, laisser supposer une affection parasitaire.

IV. — Le pronostic des kystes hydatiques des muscles de la face ne présente de gravité que pour les kystes orbitaires. En dehors, en effet, de ces derniers, nos malades ont guéri après l'opération, sans complications ni récidive. Dans un de nos cas de kystes musculaires de l'orbite, qui fut seulement constaté à l'autopsie, il s'agissait d'une échinococcose généralisée et le malade avait succombé à un kyste du cerveau. Dans l'observation VIII, enfin, on constata après l'extirpation de la tumeur un strabisme convergent définitif; d'où notre pronostic relativement réservé, tout au moins au point de vue fonctionnel, des kystes hydatiques de l'orbite.

V. — Le traitement doit être radical; il consistera, comme pour un néoplasme, dans l'ablation totale de la poche kystique.

L'opération siégeant à la face, on se préoccupera de la question esthétique, et, pour obtenir le minimum de cicatrice, on donnera la préférence à la suture intra-dermique de MM. Pozzi et Poncet.

(*Lyon méd.*, n° 9, 1897.)

Recherches sur l'anatomie chirurgicale de l'artère méningée moyenne.

S.-C. Plummer (*Annals of Surgery*, n° 41, p. 540, 1896, et *Presse méd.*, n° 17, p. 91, 1897) conclut de ses recherches que :

1° Le trajet et la distribution de l'artère méningée moyenne varient dans de très notables proportions;

2° Après que l'artère a quitté le trou petit rond, il n'y a pas de situation constante et définie, ni pour le tronc ni pour aucune des branches, sauf au moment où la branche antérieure croise la suture sphénopariétale, au niveau de l'angle antérieur et inférieur de l'os pariétal;

3° Une couronne de trépan de 0 m. 025 de diamètre, appliquée immédiatement en arrière de n'importe quelle portion de la suture coronaire, atteindra presque à coup sûr la branche antérieure ou une de ses divisions;

4° Dans la grande majorité des cas, il y a un tronc principal de l'artère dans le crâne;

5° La branche antérieure peut venir du rameau orbitaire de la branche lacrymale de l'ophtalmique;

6° Le pariétal est vascularisé un peu plus par la branche antérieure que par la branche postérieure;

7° Le sang qui va à la dure-mère traverse des sinuosités aussi nombreuses et aussi prononcées que celui qui se rend à la pie-mère;

8° Bien qu'il y ait une tendance à la symétrie des deux côtés d'un crâne donné, les exceptions sont si fréquentes que cette symétrie ne présente aucun intérêt pratique;

9° Dans la plupart des cas, la branche antérieure est

comprise dans un canal dans l'angle antéro-inférieur du pariétal;

10° Dans la localisation de la branche antérieure, il faudra opérer sur un point assez élevé pour mettre à nu l'artère, dans le cas où elle viendrait du rameau orbitaire et dans les cas où elle n'existerait que comme un rameau anastomotique situé au-dessus de la branche orbitaire. Il faut éviter d'intéresser le canal osseux et la crête situés sur la partie inférieure de la suture coronaire;

11° Pour localiser la branche antérieure, la méthode de Krœnlein est la plus avantageuse;

12° Aucune méthode ne pourra localiser la branche postérieure avec certitude;

13° En localisant la branche postérieure, il faudra éviter soigneusement la région du sinus latéral;

14° La méthode de Steiner est la plus avantageuse pour la localisation de la branche postérieure;

15° La méthode de Hartley-Krause par l'ostéoplastie est la seule remplissant toutes les conditions nécessaires pour une découverte idéale de la méningée moyenne de ses branches.

16° La suppression de la circulation de l'artère méningée moyenne en dehors du crâne est un temps indispensable de l'opération de Rose pour l'extirpation du gaoglion de Gasser.

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Sur un cas de hernie diaphragmatique congénitale.

MM. Princeteau et **Chambrelent** (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 9, p. 99, 1897) ont communiqué à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux le cas d'une hernie diaphragmatique congénitale, de la variété décrite par Duguet sous le nom de hernie en croissant, et s'échappant par l'orifice congénital et anormal que les Allemands désignent sous le nom de trou ou orifice de Bockdahek.

Ce qui caractérise surtout cette hernie, c'est l'absence de sac et la présence d'une grande partie du rein gauche dans la masse herniée. Ce serait, d'après les recherches des auteurs, le cinquième cas dans lequel le fait aurait été observé.

Pour expliquer la formation de cette hernie, ils pensent que si au cours du développement du diaphragme, l'un des piliers d'Uskow ne se développe pas ou s'arrête avant d'avoir achevé son développement complet, on verra persister chez le fœtus un orifice en croissant, dont le siège sera postéro-latéral, confirmant ainsi le mode d'origine adopté par les auteurs. L'orifice de communication entre les cavités pleurale et péritonéale sera plus ou moins grand, suivant le défaut ou le degré de développement du pilier d'Uskow lui-même. C'est ainsi que pourra se produire la hernie latérale connue depuis les recherches de Duguet sous le nom de hernie en croissant.

Chirurgie du canal cystique.

M. Baudouin (*Prog. méd.*, n° 9, p. 134, 1897) étudie, après la cysticotomie qu'il a déjà décrite (voir *Prog. méd.* du 25 juillet 1896), les autres opérations que l'on pratique sur le canal cystique.

Ces opérations sont :

a) La *cystico-entérostomie* : Abouchement du canal cystique dilaté en un point quelconque de l'intestin. Elle se fait en l'absence de vésicule biliaire ou lorsque celle-ci a disparu complètement ou est à peu près atrophiée.

b) La *cystico-lithotripsie* : Broiement sur place des calculs biliaires enclavés dans le canal cystique suivi du refoulement des débris de calculs dans la vésicule incisée, ou l'intestin par l'intermédiaire du cholédoque.

c) Le *refoulement des calculs du cystique ou passage du cystique* : Cette opération, proposée par Mannoury (de Chartres), serait des plus aléatoires; on pourrait, néanmoins, s'y arrêter quelques instants avant d'aller plus loin, aussitôt l'ouverture du péritoine.

d) L'*extraction des calculs du cystique par la cholécystotomie ou lithectomie cystique* : Dans les cas de lésions anatomo-pathologiques, on a eu recours, alors, pour faire cette extraction, soit à des spatules, curettes, pinces (extraction simple), soit à l'extraction par broiement sur place par cystico-lithotritie directe.

NOTES POUR L'INTERNAT

PROSTATE

Définition.

Organe musculo-glandulaire entourant la portion initiale de l'urèthre masculin et n'offrant point d'homologue chez la femme.

Développement.

Se développe par deux bourgeons latéraux, évaginations de la muqueuse uréthrale autour du sinus uro-génital, au niveau des points de fusion des canaux de Wolff et de Müller. Ces bourgeons allongés apparaissent au troisième mois, se ramifient à leur extrémité terminale et se creusent d'une lumière centrale au quatrième mois; se fusionnent en arrière du canal à la même époque; enfin, s'entourent de tissu conjonctif et de fibres musculaires au cinquième.

Dans beaucoup d'espèces animales, les glandes prostatiques forment deux groupes latéraux, analogie avec les vésicules séminales.

Situation.

Etage supérieur du périnée, au-dessous de la vessie, en arrière de la partie inférieure de la symphyse pubienne, en avant de la partie terminale du rectum et de l'origine de l'anus.

Forme.

Au septième mois, un gros pois arrondi; chez l'adulte,

elle peut être comparée à une châtaigne, c'est-à-dire, à un cône aplati d'avant en arrière, à base supérieure échancrée, à sommet inférieur.

Direction.

Oblique de haut en bas, d'arrière en avant.

Poids.

20 grammes environ chez l'adulte.

Dimensions.

En moyenne : hauteur, 30 millimètres; largeur, 40 millimètres; épaisseur, 25 millimètres.

Rapports.

A. Immédiats : Loge prostatique, six parois.

Paroi postérieure : Aponévrose prostato-péritonéale qui s'étend verticalement du cul-de-sac recto-vésical à l'aponévrose moyenne du périnée (feuillet supérieur); transversalement, d'une aponévrose pubio-rectale à celle du côté opposé.

Paroi antérieure : Face postérieure du pubis et de la symphyse, rapport utilisé dans le toucher de la prostate.

Parois latérales : Aponévroses pubio-rectales, étendues du pubis aux faces latérales du rectum et de l'aponévrose périnéale moyenne à l'aponévrose du releveur de l'anus.

Paroi inférieure : Aponévrose périnéale moyenne.

Paroi supérieure : Incomplète; en avant, ligaments pubio-vésicaux; en arrière, vessie, vésicules séminales, canaux déférents.

La loge prostatique contient encore le plexus de Santorini et les plexus veineux prostatiques (Ziegler).

B. Médiats.

Face postérieure : Inclinée à 45° sur l'horizontale, présente un sillon médian vertical très net sur les jeunes sujets; aspect de cœur de carte à jouer. Répond à l'ampoule rectale dont elle est séparée par l'aponévrose prostato-péritonéale.

Face antérieure : Courte, presque verticale, répond à la symphyse dont elle est séparée par le polygone veineux où aboutit la veine dorsale profonde de la verge, d'où partent les veines vésicales antérieures (plexus vésico-prostatique), le plexus de Santorini distinct du précédent (Ziegler).

Faces latérales : Veines latérales de la prostate, aponévrose pubio-rectale, releveur de l'anus, creux ischio-rectal (en allant de dedans en dehors).

Base : Deux parties, une antérieure répondant au col de la vessie; une postérieure excavée sur la ligne médiane, présentant de chaque côté l'orifice des canaux éjaculateurs et en contact avec la terminaison des vésicules séminales et des canaux déférents.

Sommet ou *bec*, séparé de l'orifice anal par une distance, de 3 ou 4 centimètres, situé un peu au-dessous de la ligne horizontale sous-symphysaire, forme le sommet du triangle recto-uréthral.

C. Intrinsèques.

La prostate est terminée par l'urèthre, les canaux éjaculateurs et contient l'utricule.

L'uréthre traverse la glande de la base au sommet sur une longueur de 5 centimètres environ, suivant une direction verticale dans son ensemble et en décrivant une courbure à concavité antérieure dont la longueur et le rayon augmentent avec l'âge.

Il pénètre la base de la glande dans son tiers antérieur et se rapproche de plus en plus de la face postérieure; il reste séparé des faces de la prostate par des distances autrefois très utiles à connaître (malgré les nombreuses variations individuelles) pour les tailles périnéales. Les rayons médians postérieur et transverse auraient environ chacun 1 centimètre 1/2; le rayon oblique en bas et en arrière 2 centimètres 1/2.

Ouvert sur la paroi antérieure, on voit, sur la ligne médiane postérieure, une saillie : véru-montanum, au-dessus du véru, dépression limitée par les freins se perdant en haut vers la vessie; en bas, la crête uréthrale; au sommet, l'orifice de l'utricule; sur les bords, orifice des canaux éjaculateurs très peu visibles; sur le pourtour de la crête uréthrale, fossettes cribliformes où viennent s'ouvrir les principaux canaux prostatiques (Sappey).

L'utricule, cul-de-sac d'un centimètre de profondeur, représente la portion terminale des canaux de Müller.

Les canaux éjaculateurs, presque accolés l'un à l'autre, divergent à leur terminaison; il sont séparés du tissu de la glande par du tissu fibreux et par la gaine érectile de l'urèthre.

Il résulte des rapports de la prostate qu'il sera surtout facile de l'explorer directement par le toucher rectal en la portant vers la face postérieure de la symphyse, et de se rendre compte ainsi de son volume, de sa consistance, de sa forme, de sa sensibilité. Le cathétérisme renseigne encore sur ses dimensions et sur ses déformations.

Structure.

A. Macroscopique.

La prostate est un amas de vingt-cinq à trente glandes, divisé en douze ou quinze lobules disposées sur les parois latérales et postérieures de l'urèthre.

Mais on décrit, sous le nom de prostate, deux choses : 1° du tissu musculaire lisse formant à l'urèthre un anneau complet; du tissu musculaire strié formant un second anneau contractile; en un mot, les sphincters; 2° des glandes plongées dans une trame musculaire analogue à celle qui entoure les vésicules séminales (Reliquet et Guépin).

L'anneau musculaire lisse est plus rapproché de l'uréthre que l'anneau strié; ce dernier est surtout apparent sur la face antérieure du canal.

Les canaux excréteurs prostatiques traversent seuls les sphincters pour venir s'ouvrir dans l'urèthre; les corps glandulaires sont situés en dehors; la prostate est donc une glande sous-musculaire (par opposition aux glandes à mucus, glandes sous-muqueuses ou intra-musculaires).

Le tissu conjonctif de la prostate forme un noyau périphérique à l'urèthre, ayant l'aspect d'un croissant ouvert

en avant; de sa convexité partent des cloisons divergentes affectant une disposition rayonnée et allant se perdre vers la périphérie; il n'y a pas. à proprement parler, de capsule. Ces cloisons limitent les lobules qui, distincts vers le centre, deviennent confus peu à peu quand on s'en éloigne.

Le lobule prostatique, pyramide irrégulière à sommet urétrhal dont l'axe est perpendiculaire à la muqueuse du conduit, contient : au centre. les lobules glandulaires entourés de tissu musculaire où rampent lés vaisseaux sanguins et lymphatiques, les nerfs, plongés dans du tissu conjonctif abondant; à la périphérie, les cloisons de séparation. Vers le sommet du lobule, l'axe est représenté par un ou plusieurs conduits excréteurs; on ne trouve plus de culs-de-sac glandulaires; les fibres musculaires sont celles des sphincters et ont une distribution régulière; quelques-unes appartiendraient au canal excréteur.

B. Microscopique.

Glandes en tube flexueux : acini trois ou quatre fois plus longs que larges, du diamètre d'un demi-millimètre environ; canal excréteur proportionnellement énorme, très long, irrégulièrement bosselé; orifice uréthral très petit, taillé obliquement en bec de flûte. Les acini, disposés seulement à l'extrémité terminale du conduit excréteur, sont isolés les uns des autres. La paroi en est formée par une membrane propre d'aspect fibrillaire qui se continue le long du canal excréteur jusqu'à la muqueuse uréthrale; elle se trouve en rapport direct avec un riche réseau lymphatique (Sappey).

Ils contiennent deux sortes de cellules (Langerhans) :

Les unes, volumineuses et prismatiques, adhérant à la paroi par leur sommet effilé, à protoplasma clair, réfringent, parsemé de granulations jaunâtres, à petit noyau arrondi. Les autres, de hauteur moindre, paraissent sous-jacentes; le noyau est volumineux, ovoïde, entouré de peu de protoplasma. Ces dernières cellules se colorent vivement par le picro-carmin. On retrouve ces mêmes éléments cellulaires plus ou moins haut dans le canal excréteur qui serait alors partiellement sécréteur (Chrétien). Peu à peu, celui-ci ne contient plus qu'une seule couche de cellules cylindriques (Launois), munies, dans les plus gros canaux, d'un plateau porteur de cils vibratiles (Robin).

Chez l'enfant, la prostate présente les caractères décrits ci-dessus; à la puberté et chez l'adulte, les grandes cellules des culs-de-sac se développent, et leur protoplasma n'a plus les mêmes réactions; chez le vieillard, l'épithélium perd ses caractères distinctifs, en même temps que les culs-de-sac se dilatent, se déforment sous la poussée des sympexions, que les vaisseaux augmentent de volume et que les fibres musculaires de la trame même de la glande sont noyées dans le tissu conjonctif.

Vaisseaux et nerfs.

Artères : Viennent des vésicales.

Veines : N'offrent aucune analogie de distribution; très ténues, manquent sur la face postérieure de la glande (macroscopiquement). Vont aboutir : aux veines latérales, au polygone veineux antérieur.

Lymphatiques : Naissent d'un réseau péri-acinent; se portent surtout vers les faces latérales; aboutissent aux ganglions des parois de l'excavation.

Nerfs : Du plexus hypogastrique, suivent le trajet des vaisseaux, sont formés de fibres à myéline et de fibres de Remack, présentent de petits ganglions sur leur trajet. Mode de terminaison, inconnu.

Physiologie.

La prostate est une glande génitale ressemblant beaucoup, à tous points de vue, à la vésicule séminale (Reliquet et Guépin). D'où l'influence de l'émasculation sur son développement et même de la section des canaux déférents.

Sécrétion : Continue, exagérée pendant l'exertation génitale. Liquide alcalin, laiteux, non filant, ne contenant que de rares cellules épithéliales, des granulations graisseuses, des masses hyalines de substance azotée, de petits graios semi-solides, sympexions de Rohin.

Excrétion : Pendant l'éjaculation et au début de celles-ci, plus ou moins mélangée au sperme qu'elle diluerait.

L'excrétion prostatique est provoquée :

Par la réplétion excessive des culs-de-sacs glandulaires et la mise en jeu de leur élasticité;

La contraction synergique des muscles intrinsèques de la prostate (trame musculaire) qui compriment les culs-de-sac et les canaux excréteurs et des muscles expulseurs extrinsèques (muscles de l'effort). Cette synergie est absolument nécessaire pour vaincre la résistance des sphincters uréthraux que traversent les conduits excréteurs, et dont les muscles oblitèrent, activement (par contraction), passivement (par tonicité), la lumière déjà virtuelle.

La situation de la prostate au carrefour des voies génito-urinaires, les relations nombreuses de ses nerfs, de ses vaisseaux, des muscles qu'elle renferme avec les régioos les plus sensibles de ces deux appareils, expliquent la complexité des symptômes de ses altérations pathologiques.

Dr A. G.

Bibliographie.

Chrétien : *Dictionnaire des Sciences médicales*, article *Glande.*

Launois : Thèse doctorat, Paris, 1885.

Robin : *Dictionnaire des Sciences médicales*, article *Sperme.*

Sappey : *Traité d'anatomie.*

Reliquet et Guépin : *Les glandes de l'urèthre*, tome I.

Ziegler : *Circulation veineuse de la prostate*; thèse de Bordeaux, 1893-94.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

CAUSERIE DE L'HOPITAL COCHIN — M. PIERRE SEBILEAU

Traitement de la hernie ombilicale (1).

(Suite.)

III

Indications opératoires. — C'est seulement de l'évolution clinique ordinaire de la hernie ombilicale qu'on peut déduire la thérapeutique chirurgicale qu'il convient raisonnablement de lui appliquer.

Toute hernie ombilicale jeune est petite, perméable, réductible et coercible. A mesure qu'elle vieillit, elle peut subir, et, en réalité, subit toujours une des transformations suivantes : 1° elle conserve son volume, sa perméabilité, sa réductibilité et sa coercibilité ; 2° elle augmente de volume, mais conserve sa perméabilité, sa réductibilité et sa coercibilité ; 3° elle augmente de volume, conserve sa perméabilité et sa réductibilité, mais perd sa coercibilité ; 4° elle augmente de volume, conserve sa perméabilité, mais perd, après sa coercibilité, sa réductibilité ; 5° elle augmente de volume, et après sa coercibilité et sa réductibilité, perd sa perméabilité.

A chacun de ces états répondent, ainsi que cela saute aux yeux, des indications thérapeutiques différentes et l'on pourrait, rien qu'en se basant sur la classification que je viens de faire, établir tout le chapitre du traitement des hernies ombilicales, si trois données nouvelles ne venaient compliquer le problème : *a*) le caractère plus ou moins douloureux d'une hernie ayant encore échappé à toute complication ; *b*) l'état social du malade et les obligations que cet état lui impose ; *c*) les désirs exprimés par le malade. Et c'est tout, selon moi, car je tiens pour quantité négligeable, au point de vue des indications opératoires, les accidents généraux (albuminuric, diabète) dont on a, sans raison, à mon avis, rendu responsables les hernies de l'ombilic.

Cela dit, il convient d'établir, parmi ces hernies, deux catégories : pour les unes, le chirurgien a la main forcée par un accident grave (vraie ou fausse occlusion) ; ici, l'obligation d'intervenir par la méthode sanglante est absolue, formelle et ne souffre aucune exception ; il n'y a donc pas et il ne peut pas y avoir de contre-indication : pour les autres, si anciennes et si compliquées qu'elles puissent être, il n'y a point d'accident aigu, la perméabilité est complète et, l'opération ne s'imposant pas, des contre-indications possibles se présentent à l'esprit du chirurgien. Quelles sont donc ces contre-indications ?

En ce qui me concerne, je n'en trouve jamais ou pour ainsi dire jamais — à moins d'une formidable éventration — dans l'état local : je pense que les risques courus par un malade ayant une hernie ombilicale volumineuse, irréductible, sujette à des poussées de péritonite, compensent largement les dangers, au total peu considérables, d'une intervention bien faite qui, si difficile qu'elle soit, met rarement en cause les jours du patient, et d'autre part le préserve, non

(1) Publiée par la *Semaine Médicale*, n° 64, 28 décembre 1896.

seulement des gros accidents qui le menacent, mais encore des douleurs, des ennuis et de la gêne d'une véritable infirmité.

Il en est autrement, je dois le dire, des troubles de la santé générale. Ces grosses femmes obèses, en déchéance vitale, ces emphysémateux massifs, avares d'efforts et à court de souffle, ces diabétiques graves sur la pente du coma ou de la pneumonie gangreneuse, commandent le respect du bistouri ; il vaut mieux laisser les choses en état et n'agir, s'il vient jamais, que le jour où apparaissent des accidents d'obstruction.

En dehors de ces différentes contre-indications, je crois qu'on peut ou qu'on doit, suivant les cas, tenter la cure radicale de la hernie ombilicale, et voici en quels termes — trop absolus sans doute mais propres, je pense, à frapper votre esprit — il me paraît utile de vous présenter la chose : 1° *exigez* l'opération pour les hernies ombilicales irréductibles ayant déjà présenté des accidents d'imperméabilité, car cette opération est *indispensable ;* 2° *ordonnez* l'opération pour les hernies ombilicales irréductibles n'ayant pas encore présenté d'accidents aigus, car cette opération est *nécessaire ;* 3° *sollicitez* l'opération pour les hernies ombilicales réductibles mais incoercibles, car l'opération est *utile ;* 4° *conseillez* l'opération pour les hernies réductibles et coercibles, car l'opération est *avantageuse*. Et, en tout état de cause, sachez trouver une indication opératoire et, à la rigueur, une atténuation à la responsabilité encourue par vous, dans l'état douloureux de la hernie (quelle que soit la variété qu'elle présente) et dans les désirs manifestés pour des raisons différentes par le malade.

En dehors des cas où surgissent les contre-indications dont j'ai parlé, je suis donc résolument partisan de la cure opératoire de toute hernie ombilicale, même chez le grand enfant et chez l'adolescent, parce que l'expérience démontre que cette hernie a une fatale tendance à l'augmentation de volume et à l'irréductibilité ; je suis, au reste, sincèrement ennemi du bandage et ne le prends pas pour autre chose que pour un pis aller : par la pression qu'il exerce sur les tissus, en effet, il trouble leur vascularisation, altère leur nutrition, les atrophie et les rend tout à fait impropres, pour le jour où une opération devient nécessaire, à une bonne reconstitution de la paroi abdominale. Mais il ne manque pas de malades qui se défendent, quand la hernie est petite, réductible, non douloureuse, contre toute intervention chirurgicale, et vraiment il convient, dans ces cas, de ne pas trop insister.

Applications thérapeutiques. — Les hernies ombilicales se divisent donc, au résumé, en hernies qu'on ne peut pas ou qu'on ne doit pas opérer et en hernies qu'on peut et qu'on doit opérer. Je vais étudier séparément les unes et les autres.

Hernies qu'on n'opère pas. — Elles forment trois variétés : les hernies réductibles et coercibles, les hernies réductibles et incoercibles, les hernies irréductibles.

Aux premières, il faut appliquer le bandage avec pièce en aluminium moulée, qui est indiscutablement supérieur à tout autre appareil, mais qui, cependant, ne saurait être employé chez ces femmes extrêmement obèses, dont le pannicule graisseux est si développé qu'on ne peut arriver à prendre par le moulage une empreinte suffisante de leur couche musculo-aponévrotique et dont l'anneau fibreux, comme le fait remarquer M. Fournier de Lempdès, s'est pour ainsi dire détaché de la cicatrice ombilicale. A ces malades convient la pelote ombilicale ordinaire. « Cette pelote est constituée par une saillie médiane allongée verticalement et demi-cylindrique, très épaisse et très ferme ; elle est encastrée au milieu de deux coussinets latéraux, très moelleux, très dépressibles et très doux. Comme dans la pièce moulée, une saillie médiane très accusée refoule la ligne blanche sans pénétrer l'anneau ombilical et s'immobilise entre les grands droits. Ceux-ci peuvent se contracter à l'aise au-devant des coussinets latéraux qu'ils dépriment avec la plus grande facilité. Une ceinture rectiligne vient également se fixer à ses extrémités. » Je crois tout à fait rares les cas dans lesquels la réduction ne peut être ainsi maintenue.

En présence des cas de hernie incoercible — ceux qui forment notre seconde variété — le mieux, si l'on ne peut intervenir par une opération sanglante, est de ne rien faire. Il est infiniment préférable de ne pas faire porter de bandage au malade que de lui conseiller un bandage derrière lequel glisse l'épiploon ou l'intestin. On laisse donc aller les choses ; on livre les lésions à leur naturelle évolution et ici, comme pour les hernies irréductibles, dont le groupe constitue notre troisième variété, je pense que le parti le plus sage est le parti le moins coûteux, celui, par conséquent, de proscrire toute ceinture, toute plaque, tout appareil capable de produire sur la tumeur un traumatisme répété.

Hernies qu'on opère. — Il n'y a pas de comparaison à établir, au point de vue chirurgical, entre une hernie omhilicale jeune et réductible, dont l'opération est simple par la réduction du contenu, la dissection du sac et la restauration de la paroi, et une hernie ombilicale vieille et irréductible, dont l'opération est difficile par la séparation et la réduction du contenu, la dissection du sac et la restauration de la paroi. A l'une et à l'autre conviennent des procédés différents. Pour la première, il suffit, après résection du collet du sac, d'une bonne suture de la paroi abdominale et de la peau : c'est la *cure radicale simple*; pour la seconde, il faut enlever un segment de la paroi abdominale et des téguments : c'est l'*omphalectomie*. Je vais décrire les deux procédés.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mars. — Présidence de M. Delens.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

(*Suite de la discussion.*)

M. Ricard. — Mon maître, M. le professeur Berger, m'a fait l'honneur de citer, l'autre jour, le procédé que j'ai préconisé dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Ce procédé, je l'ai exposé au dernier Congrès français de chirurgie. Je ne veux pas vous redire aujourd'hui ce que j'ai dit alors ni vous rappeler mes observations. Mais je reviendrai seulement sur quelques points de ma technique tout en faisant remarquer qu'il ne s'agit pas là d'une méthode nouvelle et que vous en trouveriez les principaux éléments dans les communications faites par Velpeau, vers 1860, à la Société de chirurgie.

Le *premier temps* de mon opération est, pour moi, le temps capital. Il consiste dans l'abaissement de la fistule. Quelques-uns de mes collègues ont mis en doute la possibilité de cet abaissement. D'autres ont dit que j'avais la prétention d'abaisser ainsi toutes les fistules. Cela n'est pas. Mais je déclare que dans nombre de cas (dans les miens la chose a été possible), surtout dans les cas où la fistule vésico-vaginale est consécutive à une hystérectomie vaginale, on a affaire à des tissus souples qu'il est facile de faire descendre jusqu'à la vulve. D'autres fois, j'en conviens, l'abaissement est plus difficultueux et il se fait incomplètement. Mais n'est-ce pas déjà un avantage considérable que d'avoir pu amener le trajet fistuleux aussi près que possible des doigts de l'opérateur?

Pour abaisser, donc, la région de la fistule, il faut surtout le vouloir et faire de cet abaissement un temps bien spécial, le premier temps du traitement de la fistule. Pour cela, il ne faudra pas introduire des valves dans le vagin, mais il faudra abaisser sans valves. Les valves distendraient les parois vaginales et nuiraient à l'abaissement. Ensuite, seulement, on introduira une valve dans le vagin et encore faudra-t-il que ce soit une valve courte.

Le *deuxième temps* de mon opération consiste dans l'avivement du trajet fistuleux. La règle générale qui doit dominer cet avivement, c'est la nécessité de mobiliser les partics que l'on va suturer et de les mobiliser à fond. Pour faire cette mobilisation, j'incise à droite et à gauche de la fistule l'épaisseur de la muqueuse et je dissèque en dédoublant les parois vaginale et vésicale. Dans beaucoup de cas, cette dissection est facile. On a ainsi deux lambeaux latéralement, et, au centre de la paroi vaginale, le trajet fistuleux. Du côté de la paroi vésicale, je ne m'occupe pas du trajet. Je ne m'en occupe que du côté de la paroi vaginale où j'avive et où je réunis par des fils à suture.

J'ai pu faire ainsi quatorze fois cette opération avec un égal succès. Mais je reviens encore sur la nécessité de mobiliser autant que possible la région fistuleuse si l'on veut mener les choses à bien. J'en prends à témoin M. Routier qui, dans un cas, a dû mobiliser l'utérus et même faire l'hystérectomie vaginale. Je ne tiens donc pas à tel lambeau plutôt qu'à tel autre pour obturer la fistule, mais je tiens à une mobilisation absolue de façon à faciliter plus tard l'affrontement.

Le *troisième temps* consiste dans la suture. J'ai pour habitude de ne suturer que la cloison vaginale sans m'occuper de la paroi vésicale. Cela suffit et l'injection de liquide coloré dans la vessie, aussitôt l'opération, laisse habituellement à sec le trajet fistuleux ainsi suturé. Comme M. Berger, je préfère employer les fils d'argent. Je pense que les soies s'infiltrent trop facilement de liquide et s'infectent. Je prends des fils d'argent volumineux. Je compte les tours de façon à pouvoir plus facilement enlever les fils plus tard. Je les laisse en place environ huit ou dix jours.

Si l'asepsie du vagin a été faite avec soin, on doit obtenir une réunion parfaite, sèche et sans rougeur aucune.

Je conviens, cependant, que dans certaines fistules consécutives à l'accouchement, la mobilisation est difficile. Aussi je n'ai pas l'intention d'être absolu dans les applications ni dans les résultats de mon procédé.

J'ajouterai enfin que si le vagin a des adhérences, il y a des cas où l'on sera obligé de faire la laparotomie pour traiter la fistule vésico-vaginale. Mais je ne veux pas insister sur ce côté de la question, devant y revenir prochainement à propos d'un rapport dont vous m'avez chargé.

M. Lucas-Championnière. — Il ne faut pas exagérer une des méthodes proposées dans un sens déterminé. Les uns ont exagéré les méthodes américaines. D'autres ont critiqué Jobert de Lamballe. Je l'ai vu opérer, il opérait bien, seuls les fils qu'il employait méritent la critique. Il mettait des soies trop grosses, et qui laissaient plus tard de petites fistulettes lorsqu'on les sortait.

Le fil d'argent a été un progrès. C'est un progrès qu'il faut maintenir. Je le préférerais au catgut.

Je ne crois pas que l'opération de la fistule vésico-vaginale soit si difficile qu'on veut bien le dire. Depuis que nous les opérons dans de meilleures conditions, nous obtenons tous de bons résultats.

Tout se ramène, en somme, dans l'avivement d'une surface large à la façon des Américains.

Il me paraît difficile de grouper les faits. Il y a des cas d'une simplicité extrême dans la réparation. D'autres fois. la réparation est très difficile. Il semble qu'il faille tenir compte, à ce point de vue, des qualités de l'urine du sujet.

Le fait suivant le prouve : J'ai opéré chez une dame une fistule vésico-vaginale siégeant au voisinage de l'uréthre. Tout le monde sait combien ces fistules sont difficiles à guérir. Une première fois la fistule se ferma. La fermeture résista même à un accouchement, mais, huit mois après cet accouchement, elle se rouvrit. La cause de cette réouverture me parut être un petit calcul vésical développé au niveau de l'ancienne fistule. Cette fois-ci la guérison de la fistule ne fut obtenue qu'après deux tentatives.

J'ai opéré 24 fois une femme qui continue à avoir sa fistule. Toutefois, cette fistule a des dimensions plus petites. Cette fistule s'était montrée après le septième accouchement. L'accouchement s'était fait lentement. Le médecin avait cru utile d'appliquer le forceps. Le résultat de cette application fut la destruction d'une partie du vagin et du segment inférieur de l'utérus. Je n'ai jamais vu de fistule plus grande. J'ai fermé le vagin. J'ai pu rétrécir suffisamment la région pour donner une vessie à la malade. Il s'est fait un certain nombre de calculs. Je n'ai réussi qu'une seule fois à lui fermer la vessie. Mais elle eut alors de telles douleurs rénales (d'origine calculeuse) que je dus ouvrir la vessie dans un autre point. Cela témoigne de la prédisposition des reins aux calculs, dans certains cas, et il faut y penser.

Je crois donc, en somme, que l'on peut donner quelques préceptes généraux, mais rien d'absolu dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Routier a dit vrai en faisant observer que l'on voyait aujourd'hui moins de fistules qu'autrefois. Il est vrai que j'en ai vu un très grand nombre à Vienne. Mais à Vienne, une grande partie des femmes enceintes accouchent sans aucun secours, et l'accouchement se fait lentement. Il se produit alors presque toujours une fistule vésico-vaginale.

A Paris, on paraît accoucher dans de meilleures conditions, et nous y voyons certainement moins de fistules. Il est vrai, aussi, que tout le monde sait les opérer. De là une cause possible de leur moindre fréquence pour chacun de nous.

M. Berger. — Pour employer le procédé de M. Ricard, il faut des cas exceptionnels. Tous les miens présentèrent des adhérences nombreuses avec du tissu de cicatrice et n'auraient pu profiter de l'abaissement. Aussi je persiste à donner la préférence au procédé que j'ai suivi avec la dilatation de Bozeman.

M. Quénu. — Seulement quelques courtes réflexions : Je suis de l'avis de M. Ricard quand il conseille d'abaisser d'abord la fistule. J'ai fait huit ou dix opérations de ce genre. J'ai toujours dédoublé la cloison vésico-vaginale. Seulement, à l'inverse de M. Ricard, je suture la paroi vésicale, mais sans passer mes fils à travers la muqueuse; j'adosse ensuite les lèvres vaginales. Je ne crois pas à l'importance du choix des fils. Je prends toujours du catgut.

Il y a évidemment des cas difficiles, surtout quand la fistule siège haut. C'est pour ces cas qu'on emploie le procédé de Jobert ou le glissement, mais ce glissement est, la plupart du temps, difficile à obtenir, à cause du tissu de cicatrice.

En 1889, j'ai employé dans ces cas l'avivement du col de l'utérus et fait une section de lèvre antérieure de ce col. Le lambeau ainsi détaché a servi à boucher la fistule. Ce petit procédé a été certainement signalé déjà par les gynécologistes. Je n'en parle que parce qu'il m'a donné un succès.

Exploration intra-stomacale par gastrostomie.

M. Delagénière (du Mans). — Une enfant de 4 ans avale de la potasse caustique. Elle présente peu après des signes de rétrécissement de l'œsophage. On tente le cathétérisme, et les bougies, même les plus fines, sont arrêtées à dix-neuf centimètres de l'arcade dentaire.

J'ai décidé alors de faire la gastrostomie dans un but d'exploration. La recherche de l'estomac a été difficile; il m'est apparu ratatiné, petit; du côté du cardia, l'exploration extra-stomacale était impossible.

Alors, j'ai ouvert la paroi antérieure de l'estomac, près de la grosse tubérosité. J'ai recherché les orifices pylorique et cardiaque. Du côté du cardia, j'ai pu faire pénétrer une bougie n° 8. Le pylore était déformé, regardant en haut et à droite, perméable, mais immobilisé par une bande cicatricielle qui le reliait au cardia le long de la petite courbure. J'ai extirpé cette bande cicatricielle. J'ai pu alors mobiliser le pylore.

Il en est résulté une plaie ovalaire sous-muqueuse où j'ai établi un surjet sur les lèvres de la muqueuse. Puis, j'ai suturé l'ouverture de l'estomac par deux plans muco-muqueux et séro-séreux. Toutefois, j'ai conservé une bouche stomacale que j'ai fixée à la peau. Je n'ai pas mis de sonde à demeure dans l'estomac. L'opération a duré une heure un quart.

Dans la suite, pas de réaction fébrile. La petite fille a été alimentée par la bouche gastrique. On a ensuite dilaté l'œsophage en employant successivement, et à de longs intervalles, les n[os] 8, 16 et, finalement, 26 et 27. Depuis février 1896, la fistule gastrique ne sert plus, mais je la

conserve en cas d'accident. L'enfant se porte bien, elle avale facilement, seule la mastication doit être longue. Le rétrécissement de l'œsophage ne tend pas à se reproduire.

Je ferai observer que le siége de la cicatrice stomacale montre bien que le liquide caustique avait suivi la petite courbure.

Seule, la méthode d'exploration que j'ai dû employer ici me paraît intéressante. Je conviens, cependant, que c'est une méthode d'exception, pour le moment du moins. Elle ne le sera peut-être pas plus tard.

Diagnostic différentiel entre le panaris profond ostéomyélitique et le panaris superficiel.

M. Kirmisson. — C'est sur un bien petit fait que je désire attirer aujourd'hui votre attention, mais nous ne devons pas le laisser passer impunément, car il a son importance.

Nous sommes tous d'accord pour reconnaître à l'ancien panaris phalangettien nécrosique de Gosselin une origine ostéomyélitique. Parfois ces panaris peuvent être confondus avec des panaris superficiels. Il y a quelques jours, un petit garçon de mon service, atteint d'ostéomyélite à foyers multiples(tibia gauche, d'abord, et plus tard les deux humérus, symétriquement, l'extrémité inférieure du fémur droit et la cuisse), m'est montré avec un panaris du pouce gauche. Le pouce était dur, douloureux, et je vis là, sans aucun doute, une nouvelle localisation de l'ostéomyélite. Je fis de suite une incision profonde allant jusqu'à l'os, mais il ne sortit pas de liquide. Le doigt était violacé et l'on voyait au voisinage de l'ongle une petite tache blanche, sorte de tourniole, d'où sortait une goutte de pus. Avais-je donc fait une erreur de diagnostic? La suite me montra que non, car un stylet introduit par la petite fistule de la soi-disant tourniole pénétra jusqu'à l'os et il ne me resta plus qu'à réunir les deux incisions. Dans la suite, tout alla bien.

Ce fait me rappelle un fait analogue. On m'avait envoyé, il y a deux ans, du service de M. Hutinel, une petite fille de 13 ans 1/2 qui, sans plaie antérieure, avait un petit panaris que l'on considérait comme étant un panaris superficiel. Sur la face latérale de la phalange il y avait une petite fistule; l'os était intéressé. J'annonçai que probablement la phalange se nécroserait. Elle se nécrosa en effet et fut éliminée.

Il n'est donc pas mauvais de rappeler l'attention sur ce fait que le panaris phalangettien nécrosique ostéomyélitique des phalanges se révèle au début par une petite tache blanche, non sur la face palmaire, mais sur la face latérale ou dorsale de la phalange et que l'on est tenté de le confondre alors avec un panaris superficiel. Cette confusion entraîne la perte de la phalange et ce fait a son importance.

Une conclusion pratique à tirer de ces faits, c'est que dans le traitement des panaris superficiels, en général, il faudra enlever d'abord la pellicule de l'épiderme, voir ensuite avec le stylet s'il n'existe pas une fistule qui conduise sur l'os. On ne laissera pas ainsi passer inaperçues ces lésions osseuses et ce sera tout au profit du malade.

Présentation de malades.

M. Brun. — Au nom de M. Hartmann et au mien, je présente une enfant chez laquelle un gros ventre avec une tumeur fluctuante nous a d'abord fait faire le diagnostic de kyste hydatique. Nous avons fait la laparotomie et, de la poche, au lieu de liquide eau de roche, il est sorti un liquide verdâtre, bilieux.

Il s'agissait, non d'un kyste hydatique, mais d'une vésicule biliaire, peut-être d'un cholédoque dilatés.

J'ai créé une fistule biliaire. Il en est sorti, dans la suite, du liquide biliaire infecté par le coli-bacille. Cependant, cette enfant n'a jamais eu d'ictère, mais les selles étaient décolorées. Quatre mois plus tard, l'état général de l'enfant étant excellent, j'ai songé à faire la cholécysto-entérostomie. L'opération a été faite avec facilité. Huit jours plus tard, de nouveau la bile sortait par les points de suture de l'ancienne fistule. Je commençais à douter du bon résultat obtenu, les matières restaient décolorées, la salivation était extrême. Mais, les jours suivants, l'écoulement de bile diminua, la cicatrisation se fit et les selles se colorèrent. La communication avec l'intestin était donc parfaite. S'agissait-il, dans ce cas, d'un rétrécissement du cholédoque? C'est probable, mais je ne puis le dire.

M. Broca. — Voici des pièces et des photographies qui viennent à l'appui de ce que vient de dire M. Brun. Il s'agit d'un enfant apporté à Trousseau avec de l'ostéoarthrite tuberculeuse avancée et trop cachectique pour être opéré.

Il présentait, en plus, une tumeur sous-hépatique que l'autopsie nous permit bientôt d'étudier. Je vis qu'elle se prolongeait du côté du cholédoque et qu'elle communiquait avec l'intestin grêle. Cette grosse tumeur n'était autre chose que le cholédoque dilaté sans oblitération du cholédoque.

RÉSECTION ATYPIQUE DE LA HANCHE

M. Monod présente une jeune fille qu'il a opérée il y a quatre ans d'une fistule de la région trochantérienne. Il a fait une résection atypique de la hanche. L'enfant aujourd'hui marche parfaitement et elle a conservé l'intégrité de tous ses mouvements.

Présentation de pièces.

M. Routier présente une grossesse extra-utérine qu'il a extirpée. Le kyste fœtal pesait cinq kilos. La femme l'avait gardé trois mois avec mort du fœtus. Cette malade est aujourd'hui guérie. J'ai fait l'extirpation de la poche, mais je ne veux pas, pour cela, conseiller toujours pareille opération.

M. Quénu présente des photographies par rayons de

Rœntgen qui montrent sous les deux plans frontal et sagittal un corps étranger dans la première phalange du médius.

Jean Petit.

Elections.

Premier tour.

Votants : 33. — Majorité absolue : 17.

MM.	Hartmann	15 voix.
	Potherat	8 —
	Verchère	9 —
	Guinard	1 —

Deuxième tour.

Votants : 34. — Majorité absolue : 18.

MM.	Hartmann	18 voix.
	Potherat	8 —
	Verchère	8 —

M. Hartmann a été élu membre de la Société de chirurgie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars.

Restauration de la charpente osseuse et des parties molles dans les délabrements de la face.

M. Berger. — Les différents appareils employés pour la prothèse de la face présentent tous des inconvénients. L'observation suivante en est un exemple : il s'agit d'un malade chez qui M. Martin (de Lyon) avait, à l'aide de ses appareils, fait une prothèse nasale. Le résultat fut d'abord avantageux, mais après deux ans, la rétraction des parties molles était devenue telle que les narines étaient complètement obstruées; sur la face dorsale du nez, s'était produit un éclatement par où l'on apercevait la charpente métallique de l'appareil.

Le malade vint me consulter et je lui fis faire par M. Goldenstein un nouvel appareil composé de deux parties mobiles l'une sur l'autre.

Cet appareil a un double avantage sur celui de Martin : 1° il peut s'adapter aux dimensions de la perte de substance quelle qu'elle soit; 2° il est moins solidement implanté dans le squelette, puisqu'il est fixé par des pinces et non par des chevilles.

La restauration des parties molles fut d'abord satisfaisante, mais dans la suite survinrent des accidents qui nécessitèrent l'ablation de l'appareil.

Il est donc plus avantageux, lorsque l'état des parties le permet, de pratiquer l'autoplastie par la méthode indienne ou la méthode italienne.

M. Delorme. — J'ai employé trois fois les appareils de Martin; une fois l'appareil est devenu intolérable au huit d'un mois; dans les deux autres cas, il a pu être toléré dix à quinze mois, avant que survinssent des douleurs et de la suppuration. Le résultat immédiat esthétique est des plus satisfaisants, mais l'avantage disparaît rapidement.

M. Péan. — Je suis de l'avis de M. Berger. J'ai eu l'occasion d'employer plus d'une fois la prothèse pour la restauration des os; chaque fois qu'il est utile de maintenir pendant un certain temps les os en place, la prothèse est utile; mais elle doit être seulement temporaire. Lorsque la peau de la région est trop mince, la prothèse est impossible à cause des accidents qu'elle amène, et qui sont des ulcérations des parties molles et de la suppuration. — (*Presse Médicale.*)

Traitement des pertes de substance du palais.

M. Le Dentu lit une note sur 46 cas de divisions acquises ou congénitales du palais, traitées par l'uranostaphylorrhaphie, la staphylorrhaphie et l'opération du bec-de-lièvre.

Cette série de 46 cas se répartit de la manière suivante :

11 cas de fistules et de divisions acquises plus ou moins larges, d'origine opératoire ou pathologique, qui ont donné 8 guérisons complètes, 1 échec partiel et 2 échecs complets ;

35 cas de fissures congénitales, dont 10 sont à défalquer pour des raisons diverses; les 25 autres ont été traitées complètement et peuvent être groupées en deux catégories, suivant qu'elles sont accompagnées ou non du bec-de-lièvre.

Sur 10 opérations de fentes congénitales sans le bec-de-lièvre, l'orateur a obtenu 10 succès complets.

Sur 15 cas de fissures congénitales accompagnées de bec-de-lièvre simple ou double, il y a eu 13 guérisons complètes; 2 fois il a persisté une petite communication entre la bouche et les fosses nasales.

En résumé, sur 36 staphylorrhaphies ou uranostaphylorrhaphies pour division acquise ou congénitale du voile et du palais osseux, on compte 31 succès complets, 3 petits échecs partiels à peu près inévitables, 2 échecs complets (divisions acquises).

Toutes ces opérations ont été pratiquées suivant les règles formulées par Trélat, généralement en une seule séance. — (*Semaine Médicale.*)

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Sur quelques points de la chirurgie abdominale.

M. Tresidder (*Soc. méd. chir. de Nottingham, Brit. med. J.*, 9 janvier 1897, et *Sem. gynécol.*, n° 9, p. 72, 1897), relativement au shock dans les opérations sur le péritoine, attire l'attention sur les particularités suivantes de cette

séreuse : 1° sa surface considérable ; 2° sa grande sensibilité; 3° sa remarquable puissance d'absorption ; 4° son étonnante aptitude à la guérison. L'intensité du shock dans les opérations péritonéales varie, entre autres conditions : 1° s'il a déjà, ou non, été opéré ; 2° suivant la région ; 3° suivant que la séreuse est ou n'est pas enflammée. En ce qui concerne les kystes abdominaux, une bonne classification clinique est celle-ci : 1° uniloculaires ou multiloculaires ; 2° pédiculés ou sessiles ; 3° adhérents ou libres. Pour les kystes profonds dans le bassin, la position de Trendelenburg est d'une grande utilité. Relativement au cancer de l'utérus, il a fait récemment, quatre fois, l'hystérectomie vaginale et deux fois il a observé des complications mentales : une opérée est morte de mélancolie, l'autre de récidive avec dépression psychique. Des deux autres, l'une a une récidive au bout de 5 mois ; l'autre en est indemne après 11 mois. L'auteur considère comme très limitées les indications de l'hystérectomie pour cancer ; il lui préfère l'amputation sus-vaginale du col, parce que le néoplasme tend à s'étendre, non vers le fond de l'organe, mais vers les ligaments larges et que les complications psychiques sont moins à redouter après l'exérèse partielle.

La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

On sait qu'une laparotomie modifie souvent favorablement la péritonite tuberculeuse ; la raison en est difficile à donner : les uns attribuent la guérison à la destruction du bacille sous l'influence du lavage du péritoine, les autres à la disparition de l'ascite, à la formation d'une péritonite adhésive fibro-plastique, etc. **M. Burci**, qui s'est spécialement occupé de cette question, pense que le rôle de la laparotomie est plus complexe. D'après lui, la régression de la maladie s'expliquerait par l'intervention de tous les facteurs susceptibles d'aider le péritoine à se défendre contre l'infection : la pénétration de l'air, de l'oxygène, de la lumière dans la cavité péritonéale, l'action du froid, du traumatisme, réagiraient simultanément sur cette délicate membrane. Anatomiquement cette réaction, purement vitale dans son essence, se caractérise par une abondante prolifération embryonnaire et par une vive migration leucocytique étendue à toute la séreuse péritonéale.

Cette manière de voir a été, sinon en tous points confirmée, du moins étendue et précisée par le travail de **M. Gatti**, paru dans les *Archives de Langenbeck*. Pour M. Gatti la laparotomie exerce une influence en quelque sorte spécifique sur la vitalité péritonéale. La guérison n'est pas due à une simple réaction inflammatoire suivie d'une transformation fibreuse qui étouffe les tubercules, mais bien à une dégénérescence propre du tubercule, dégénérescence assez lente, commençant par les cellules épithélioïdes, s'étendant ensuite aux autres éléments.

M. Gatti a observé, sur les nombreux animaux chez lesquels il déterminait expérimentalement une péritonite tuberculeuse et qu'il guérissait par la laparotomie, toute la succession de cette évolution régressive : peu à peu cellules tuberculeuses et bacilles disparaissent, les produits dégénérés se résorbent, un travail de réorganisation s'opère, et le péritoine redevient absolument normal non seulement à l'aspect, mais aussi à l'examen histologique et au contrôle bactériologique : un fragment d'épiploon ayant été manifestement tuberculeux, introduit dans la cavité péritonéale du cobaye, n'y détermine plus aucun trouble. Toutefois le processus de guérison est très lent, il demande de six à huit mois.

La réaction inflammatoire, l'activité leucocytique décrits plus haut s'observent dans un grand nombre de cas ; cependant, il ne faut pas, d'après M. Gatti, attribuer un rôle prépondérant à ces manifestations qui ne sont que secondaires ; elles peuvent être à la fois l'indice d'une guérison et celui d'une aggravation dans l'évolution de la maladie.

Pratiquement, pour réussir, M. Gatti dit que la laparotomie ne devrait être entreprise ni trop tôt, ni trop tard : il faut, pour qu'elle donne un bon résultat, d'une part, que le tubercule ait atteint son complet développement, d'autre part, qu'il n'ait pas encore subi la dégénérescence caséeuse. Or, en clinique, il est difficile de connaître exactement, chez un malade donné, l'état du tubercule ; aussi, lorsqu'une première laparotomie est restée inefficace et que, au cours de l'opération, on a constaté que la dégénérescence caséeuse n'a pas encore eu lieu, on se trouvera bien de tenter plus tard une nouvelle intervention.

(*Gaz. d. Osped.*, n° 13, 1897, et *Bull. méd.*, n° 19, 1897.)

L'appendicite à répétition chez les enfants.

M. Carron de la Carrière (*Méd. infant.*, n° 2, p. 40, 1897) a observé 4 cas d'appendicite à répétition chez des enfants. Les crises ne se sont révélées que par des vomissements. Il n'y avait ni douleurs, ni fièvre, ni ballonnement du ventre.

L'auteur étudie les conditions étiologiques et le tableau sous lequel ces crises se sont montrées. Il insiste, enfin, sur le traitement qui doit convenir en pareil cas.

Ce traitement sera, avant tout, un traitement préventif ; il ne faut négliger aucun trouble intestinal chronique parce qu'il pourrait plus tard se compliquer de crise appendiculaire.

Faut-il opérer ces malades ? On pense aujourd'hui qu'il convient de faire une résection de l'appendice à froid quand l'appendicite a récidivé deux ou trois fois. Il faut opérer, de plus, parce que rien ne prouve que la prochaine crise ne sera pas mortelle, ni que l'appendice libre dans la cavité péritonéale, s'il se perfore, ne sera pas cause d'une péritonite mortelle.

La guérison spontanée est possible, l'absence de phénomènes infectieux au moment de la crise, la rémission complète dans l'intervalle sont de bon augure. Mais nous manquons, à l'heure actuelle, de données précises à cet égard ; l'avenir seul pourra nous éclairer. L'état des voies digestives est surveillé avec grand soin, les causes déterminantes des crises sont prévenues autant que pos-

sible. L'appendicite cependant reste toujours menaçante, avec un aléa immédiat impossible à prévoir, et sans qu'on puisse savoir au bout de combien de mois d'accalmie le mot guérison sera légitime.

Des kystes volumineux du pancréas.

M. **Bas**, dans sa thèse soutenue à Lyon en 1897, est arrivé aux conclusions suivantes :

I. — Les kystes proprement dits du pancréas se divisent en deux grandes catégories : 1° les petits kystes séreux rencontrés dans les autopsies et qui n'avaient pendant la vie du sujet provoqué aucun phénomène appréciable ; 2° les kystes plus ou moins volumineux, révélant leur présence par une tumeur au début toujours sus-ombilicale et donnant lieu à des accidents divers. C'est cette dernière catégorie que nous avons eu exclusivement en vue dans notre thèse, après avoir pris comme point de départ de nos recherches l'observation d'un gros kyste pancréatique opéré par le professeur Poncet.

II. — En dehors de cette observation personnelle, nous n'avons trouvé dans la littérature chirurgicale depuis 1890 (travail de J. Bœckel) que 23 cas.

Le volume moyen de ces tumeurs est celui d'une tête d'adulte, leur contenance varie de 2 à 4 litres; dans un cas même (Martin), elle est de 15 litres ; leurs dimensions sont de 9-15 centimètres en hauteur et 6-9 en largeur. L'épaisseur de la poche est toujours considérable, elle varie entre 1 et 4 centimètres.

Dans 4 cas, on a cherché et obtenu la réaction pancréatique ; dans les autres, il n'en est pas fait mention.

III. — D'après notre statistique, les kystes seraient plus fréquents chez la femme : nous les avons trouvés 15 fois chez la femme et 9 fois chez l'homme. L'âge moyen des sujets était de 32 ans. Une particularité intéressante à noter est la concomitance du kyste avec la grossesse dont la marche n'est pas enrayée, pas plus que l'accouchement; nous avons noté cette coïncidence dans 5 cas.

IV. — Ces kystes ont un début particulièrement douloureux, ce qui s'explique par leurs rapports avec le plexus cœliaque. La douleur, le siège sus-ombilical et médian, etc., doivent faire penser à un kyste pancréatique, mais dans toutes les observations, le diagnostic n'a pu être posé qu'après la laparotomie. Les signes que nous avons indiqués permettront, dans tous les cas, de soupçonner ce diagnostic.

V. — Au point de vue anatomo-pathologique. ces kystes seraient de nature diverse : les uns sont dus à une pancréatite superficielle, sorte de cirrhose (Tilger) ; les autres sont des adénômes transformés en épithélioma mucoïde (Hartmann); les derniers, enfin, sont dus à une monstruosité du développement, sorte d'adénôme fœtal (Poncet et Dor).

VI. — Le traitement doit être exclusivement chirurgical. Faut-il extraire le kyste en totalité ou bien évacuer son contenu après la laparotomie et marsupialiser la poche ? Ces deux opérations ont été proposées et pratiquées. L'ablation totale a été faite dix fois et a donné quatre morts ; dans les autres cas, on a eu recours à l'évacuation, les résultats immédiats ont été simples, mais nous notons une récidive et une dégénérescence épithéliale. L'ablation de la poche, comme dans toutes les tumeurs kystiques, serait donc l'opération de choix ; mais cette intervention a toujours été très laborieuse, particulièrement hémorrhagipare (Poncet, Schrœder), et, ainsi que le démontre notre statistique, des plus meurtrières.

Aussi M. Poncet pense-t-il qu'il ne faut pas systématiquement recourir à telle ou telle de ces opérations. Le kyste incisé et évacué, on cherchera à dégager la poche; mais si ces manœuvres semblent devoir être longues et pénibles, si les adhérences sont vasculaires, il faut abandonner rapidement les tentatives d'extraction et s'en tenir à la marsupialisation.

Plus tard, si une fistule persiste, on pourra essayer d'enlever le kyste, alors que cette intervention sera peut-être devenue plus facile, comme pour certains kystes de l'ovaire préalablement marsupialisés. A cet endroit, nous manquons d'observations et nous ne connaissons aucun cas où l'opération ait été pratiquée en deux temps.

(*Lyon médical*, n° 10, 1897.)

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Opération d'un corps fibreux intra-utérin.

M. **W. Binaud** (de Bordeaux) a communiqué à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux (voir *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, n° 9, p. 99, 1897), un cas de corps fibreux intra-utérin qu'il a pu extraire par morcellement, après incision bilatérale du col. L'observation de M. Binaud constitue un fait de pratique courante intéressant, parce qu'il s'est montré classique dans ses moindres détails.

De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire.

M. **Pozzi** (*Rev. de Gynéc. et de Chir. abdom.*, n° 1, page 1, 1897) publie les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de cette méthode conservatrice. Presque toutes les malades ont pu être revues et suivies depuis leur opération. La très grande majorité ont été guéries en conservant leur menstruation et leur fécondité. Un très petit nombre relativement (8 sur 62) a dû subir itérativement (avec succès) une opération radicale après avoir vainement tenté la chance de la conservation.

La grossesse a été notée chez un nombre relativement considérable d'opérées.

Note sur un cas de déciduome malin.

MM. **Monod** et **Chabry** (*Rev. de Gynéc. et de Chir. abd.*, n° 1, page 47, 1897) relatent l'observation d'un cas de déciduome malin et insistent sur l'ensemble des signes

qui permettent d'étayer le diagnostic de cette affection. Ces signes sont les suivants :

Métrorrhagies abondantes et difficilement coercibles. ne dépendant d'aucune lésion appréciable autre qu'une augmentation de volume de l'utérus, — un état général sérieux, sinon grave, qui n'est pas en rapport avec l'état local, — l'existence surtout à une époque antérieure d'une grossesse molaire, ou à son défaut, d'une grossesse normale ou d'un avortement récent, — et enfin la constatation, dans les débris ramenés par le curettage, de cellules déciduales.

Dans un pareil tableau, l'intervention radicale, c'est-à-dire l'ablation de l'utérus et des annexes, paraîtra suffisamment indiquée. Attendre que des signes plus précis, locaux ou généraux, viennent forcer la main du chirurgien, serait exposer la malade à une généralisation qui n'a été que trop souvent constatée.

Prostatite blennorrhagique.

Finger (*Wiener med. Wochenschr.*, décembre 1896, et *Rev. intern. de Méd. et de Chir.*, n° 4, p. 71, 1897) distingue anatomiquement quatre formes de prostatites :

1° Le catarrhe aigu gonorrhéique des glandes prostatiques qui sera diagnostiqué par la constatation dans les dernières gouttes d'urine de filaments arrondis et disposées en virgule. Une méthode plus sûre et plus exacte consiste à faire uriner le malade et à exercer ensuite une pression sur la prostate à l'aide du doigt introduit dans le rectum, comme pour exprimer le contenu glandulaire. On fait ensuite uriner le malade et on examine au microscope la sécrétion prostatique obtenue par le dépôt en la centrifugation de l'urine. On y trouve de nombreux leucocytes, des cellules cylindriques; ou de transition et de nombreux gonocoques.

2° La prostatite folliculaire aiguë par une accumulation de pus dans un conduit glandulaire où il forme une façon d'abcès qui, par la palpation rectale, donne la sensation d'un nodule induré du volume d'un pois et douloureux à la pression ; cet abcès finit par s'ouvrir dans l'urèthre ; alors diminuent rapidement les phénomènes de l'uréthrite postérieure, le pus apparaît dans les dernières gouttes d'urine et diminue de quantité les jours suivants. Cette forme a une grande tendance à la récidive.

3° La prostatite parenchymateuse purulente, forme bien connue.

4° La prostatite glandulaire chronique : anatomiquement, elle peut se présenter comme un catarrhe desquamatif, ou purulent : le diagnostic se fait par l'examen de la sécrétion prostatique, s'il existe de la prostatorrhée, ou par la méthode d'expression de la glande. A la palpation, la prostate n'est modifiée ni dans son volume, ni dans sa consistance. Cette forme très fréquente est la cause de nombreuses récidives d'uréthrites postérieures dues le plus souvent à la persistance du gonocoque dans les sécrétions prostatiques ; dans d'autres cas, il existe dans la sécrétion un bacille gros et court; parfois, enfin, on n'y trouve pas de bactéries. Les récidives d'uréthrites observées dans ces cas guérissent rapidement, mais font des retours offensifs avec la plus grande facilité; elles sont toujours l'indice de l'existence d'un rétrécissement urétbral au début de son évolution.

Le traitement de ces prostatites varie naturellement avec leur nature. Dans les formes aiguës, l'expectation sera préférable aux manœuvres locales jusqu'à ce que les phénomènes inflammatoires aient diminué d'intensité. Quand le processus de suppnration aiguë aura diminué, on fera intervenir les antiseptiques à l'aide des grands lavages. Dans les formes chroniques, les instillations de nitrate d'argent, de solutions iodo-iodurées, seront précédées du massage de la prostate qui facilite, en vidant les follicules glandulaires, la pénétration à leur intérieur des liquides introduits par l'urèthre.

De la ligature des deux iliaques internes dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Willy Meyer (*Annals of Surgery*, n° 42, p. 705, 1896, et *Presse méd.*, n° 16, p. 88, 1897) rapporte trois cas personnels où il a fait la ligature des deux iliaques primitives pour traiter l'hypertrophie de la prostate. Il pense que la ligature des iliaques devra être pratiquée dans tous les cas d'hypertrophie de la prostate où la rétention complète sera récente et où il n'y aura pas encore de dilatation ni d'atonie trop marquée de la vessie.

L'opération devra être pratiquée dans les diverses inclinaisons du plan de Trendelenburg. Elle sera moins dangereuse, au point de vue de l'hémorrhagie, si on se contente de passer une seule ligature sur le vaisseau sans le sectionner.

L'opération devra donc être extra-péritonéale, bien que cela nécessite une double incision. Elle se pratique, en effet, sur des sujets âgés et affaiblis qui ne supporteraient pas aussi aisément une intervention intra-péritonéale.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Nouvel appareil inamovible.

Cet appareil, imaginé par **Landerer** et **Kirsch** (*Centralbl. f. Chir.*), est fait en celluloïd. On dissout de petites plaques ou des raclures de plaques de celluloïd dans de l'acétone, en remplissant un bocal jusqu'à son quart inférieur de celluloïd et versant, jusqu'au bord du bocal, de l'acétone ; le tout doit être bien bouché et de temps en temps son contenu remué avec un bâtonnet. On prépare ensuite un appareil plâtré qui sert de modèle et on le couvre d'une couche de flanelle ou de feutre ; si l'appareil (corset) est porté par-dessus la chemise on peut se passer de cette couche ; dans ce cas, il faut couvrir l'appareil d'une bande de tarlatane et sur celle-ci on étale la masse du celluloïd. Il est préférable de mettre des gants de peau pour faire cet

appareil, car le celluloïd adhère anx doigts et ne peut être enlevé qu'à l'aide de l'acétone. On renouvelle les couches de tarlatane et de celluloïd jusqu'à ce qu'on ait l'épaisseur voulue (4, 6 couches pour un petit appareil, 10 pour un corset pour adultes); même avec un grand nombre de couches l'appareil n'est pas trop épais, si l'on a soin de serrer les tours de bande. Si, après avoir fait l'appareil, on trouve qu'il n'est pas assez solide, on n'a qu'à le couvrir d'une couche épaisse de celluloïd dissous. Cet appareil présente le très grand avantage d'être léger et en même temps très solide et à ce point de vue il est préférable à tous les autres appareils. La rapidité avec laquelle l'appareil se solidifie, quoique assez grande, est cependant moindre que celle de l'appareil plâtré; aussi est-elle surtout à recommander pour la consolidation des attelles plâtrées. Les auteurs l'ont employé jusqu'ici dans 6 cas de tuberculose du poignet et dans 5 où il fallait faire des corsets.

CHIRURGIE DES OS

Pathogénie du rachitisme.

M. Alborel (de Montpellier) (voir *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 19, p. 224, 1897) a étudié dans une thèse récente la pathogénie du rachitisme. Il conclut que le rachitisme n'est pas produit par une cause unique. Il serait sous la dépendance d'une filiation de causes dont les primordiales seraient la mauvaise alimentation et une hygiène défectueuse.

Ces deux causes agiraient dans le rachitisme en produisant simultanément, et surtout an niveau du tissu ossiformateur, des troubles inflammatoires et des troubles nutritifs.

Les premiers expliquent la congestion des os et leur hypertrophie par prolifération des éléments formateurs de l'os. Les seconds expliquent la diminution de croissance, la mollesse et les déformations, par un arrêt d'évolution nutritive des éléments ossiformateurs, qui demeurent à un stade embryonnaire s'entourant de tissu osseux véritable.

Une règle thérapeutique à retirer de ces conclusions, c'est que le traitement du rachitisme ne consistera pas dans l'emploi des sels de chaux éliminés en excès par les malades, mais dans la suppression des causes qui tiennent sous leur dépendance les troubles inflammatoires et nutritifs et dans la stimulation de la nutrition générale.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité civile des médecins.

On lit dans l'*Esprit des Lois*, livre XXIX, chapitre XIV :

« Les lois romaines voulaient que les médecins pussent » être punis pour leur négligence ou pour leur impéritie, » Dans ce cas, elles condamnaient à la déportation le mé» decin d'une condition un peu élevée et à la mort celui » qui était d'une condition plus basse. Par nos lois il en » est autrement; les lois de Rome n'avaient pas été faites » dans les mêmes circonstances que les nôtres : à Rome » s'ingérait de la médecine qui voulait, mais parmi nous » les médecins sont obligés de faire des études et de » prendre certains grades, ils sont donc censés connaître » leur art. »

Aujourd'hui, comme du temps de Montesquieu, les médecins sont soumis par la loi à des études et à des examens qui leur confèrent pour ainsi dire une « capacité légale ». Toutefois les médecins ne sont pas à l'abri de toute responsabilité pour les actes qu'ils accomplissent dans l'exercice de leur profession; d'après la jurisprudence, les médecins, de même que les chirurgiens, encourent la responsabilité édictée par l'article 1382 du code civil, à savoir : « que tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

Mais dans quelle mesure ce principe doit-il être appliqué aux médecins ? Il serait en effet injuste et absurde de prétendre qu'un médecin ou un chirurgien répondent indéfiniment des résultats qu'on voudrait attribuer à l'ignorance ou à l'impéritie.

En général, les tribunaux, et nous ne saurions trop les approuver, craignant d'apporter des entraves à l'exercice de la médecine, se gardent d'apprécier un traitement ou une opération au point de vue scientifique; ils n'admettent que difficilement la responsabilité des médecins et ne condamnent ceux-ci qu'en présence d'une faute très grave démontrée, ou même de la mauvaise foi.

Donc, pour tout ce qui n'est pas question de science ou d'art, et à moins qu'il ne s'agisse de choses qu'on doive « nécessairement savoir », selon l'expression du jurisconsulte Domat, les médecins se trouvent à l'abri de toute responsabilité.

Parmi les faits qui donnent quelquefois lieu à des actions en responsabilité dirigées contre les médecins, il faut citer les certificats délivrés par ces derniers dans le cas de l'article 8 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

Le médecin qui, après un examen sérieux, est convaincu de l'altération mentale des facultés d'une personne et formule sa conviction dans un certificat pour permettre l'internement de cette personne, commet-il une faute lourde ou une imprudence s'il fait une erreur d'appréciation ?

Le médecin pourra-t-il, en pareil cas, être condamné à payer des dommages-intérêts à la partie qui prétend avoir été indûment internée ?

Le Tribunal civil de Rouen (1re chambre) a répondu négativement à ces deux questions et a rendu, le 30 juin 1896, un jugement qui décide que, dans une semblable circonstance, le médecin ne commet ni faute, ni imprudence,

Ce jugement s'appuie sur les principes que nous avons précédemment exposés et qui sont généralement admis par la jurisprudence.

Nous croyons, du reste, utile pour les lecteurs de reproduire les principaux motifs du jugement qui mettent en lumière la préoccupation bien légitime des juges de ne pas empiéter sur le domaine d'une science qui leur est étrangère et de ne pas gêner les médecins dans l'accomplissement de leurs devoirs.

« Attendu, lit-on dans le jugement, qu'en concluant de pareils actes à une grave altération des centres nerveux et au dérangement intellectuel de G..., le docteur C... ne semble avoir commis ni faute ni imprudence; *que, si telle était sa conviction, on ne peut lui reprocher de l'avoir formulée dans le certificat critiqué; qu'une solution contraire pourrait entraver d'une façon regrettable l'accomplissement des devoirs les plus impérieux des médecins;*

» Attendu, il est vrai, que G... articule une série de faits desquels, s'ils étaient prouvés, on pourrait induire une erreur de diagnostic du docteur C...; *mais que le tribunal ne saurait, sans témérité, substituer ses appréciations à celles du médecin, surtout en une matière aussi délicate;*

» Attendu, d'autre part, que, comme l'explique le docteur C..., dans son interrogatoire, l'état congestif de son client n'était pas permanent et que le calme succédait chez lui aux périodes d'agitation; que, dès lors, l'expertise sollicitée par G..., en admettant qu'elle fournît la preuve de l'erreur du docteur C..., serait impuissante à donner celle d'une imprudence commise par lui; qu'il suit de là que la demande principale (demande en dommages-intérêts) et la demande subsidiaire doivent être repoussées. »

En résumé, nous dirons que les médecins ont la plus grande liberté dans l'exercice de leur profession et en particulier pour délivrer les certificats exigés par la loi sur les aliénés, mais, comme il ne faut pas abuser des meilleures choses, nous leur conseillons cependant d'être prudents, parce que, en l'absence d'une loi spéciale, leur liberté dépend du pouvoir d'appréciation des tribunaux.

P. Couradin,
Avocat à la Cour d'appel.

LES LIVRES

Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Technique médicale des rayons X, par Abel Buget, professeur de physique biologique à l'Ecole de Médecine de Rouen. Un volume illustré, prix : 2 fr.

Une année a suffi pour faire passer dans la pratique l'extraordinaire méthode de *diagnostic* qui consiste à fouiller, à l'aide des rayons X, jusqu'au plus profond du corps.

Demain, tous les médecins seront tenus à recourir à ce puissant moyen d'investigation.

On s'explique aisément que dès aujourd'hui, tous les praticiens se mettent en quête des renseignement nécessaires pour en tirer parti.

La besogne leur sera facile avec un guide comme celui-ci, écrit par un homme du métier, rompu aux difficultés de la technique par une pratique de tous les jours.

Le praticien trouvera dans ce *Manuel* tout ce qu'il doit savoir de technique électrique, les indications les plus précises sur l'achat, l'installation et la conduite du matériel destiné à engendrer les courants, à produire et employer les rayons X.

Un chapitre est consacré à l'exposé de la méthode *radioscopique*, qui permet de voir directement les corps étrangers, les affections osseuses et jusqu'aux évolutions même des viscères, que l'on surveille dans leurs mouvements normaux ou pathologiques.

Le chapitre de la *radiographie* enseignera le nécessaire aux médecins qui sont étrangers à la pratique photographique.

Le praticien sera surpris de la facilité avec laquelle il peut s'armer de cet œil de lynx, qui assurera les diagnostics les plus délicats, suivra les effets d'une thérapeutique hésitante et donnera au pronostic une certitude inespérée, pour le plus grand bien du malade comme du médecin.

Librairie Maloine, 21, place de l'École-de-Médecine, Paris.

Traité pratique des maladies vénériennes, par M. le Dr Berdal, médecin de consultation à l'hôpital Saint-Louis. Affections blennorrhagiques; ulcérations vénériennes non syphilitiques; affections paravénériennes. Préface du Dr Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis, in-8, 1897, avec fig. et pl., 10 fr., net 9 fr.

Nous ne pouvons mieux faire pour présenter ce livre que de donner ici un extrait de la préface du Dr Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

« A tort ou à raison, les maladies vénériennes ont des hôpitaux spéciaux, un enseignement spécial, et tant qu'elles seront une spécialité les médecins auront besoin de livres spéciaux pour les apprendre. De tels livres abondent; plusieurs sont excellents; M. Bernal les fait connaître; et il les complète, car la science marche si vite que les plus récents ne sont déjà plus au point.

» Malgré sa compétence en histologie l'auteur a écarté de son plan l'anatomie pathologique. En revanche les symptômes, le diagnostic et le traitement sont exposés avec tous les développements qu'ils réclament.

» L'auteur écrit exclusivement pour les médecins.

» Les livres antérieurs de M. Berdal sont classiques. Il a désiré néanmoins que ce nouveau livre soit présenté à ses confrères par un de ses maîtres. Tous eussent accepté volontiers la mission.

» Elle m'est particulièrement facile, car mieux que tous peut-être j'ai pu apprécier l'homme, le praticien et le savant. »

HOPITAUX DE PARIS

Concours de chirurgie.

Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le 15 mars pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Auvray, Benoit, Bernard, Bouglé, Brodier, Cazin, Chevalier, Chipault, Clado, Delbet, Demars, Genouville, Glantenay, Guillemain, Jayle, Launay, Longuet, Manson, Mauclaire, Michon, Morestin, Peraire, Reblaub, Regnauld, Reymond, Souligoux, Tbiéry, Vercoustre.

Le jury est composé de MM. Tillaux, Lannelongue, Polaillon, Segond, Félizet, Picqué, Lermoyez.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Facilitées par superficialité de l'os et minceur de certaines de ses parties. Rendues rares par saillies voisines (nez, menton) et projection des mains en avant dans chute.

Division.

Se divisent en : *1° partielles*; *2° étendues*; *3° totales.*

1° Fractures partielles.

Ont toujours lieu par cause directe (coup de poing, de pied, de bâton, de feu).

Elles peuvent porter sur : rebord alvéolaire; apophyse montante; voûte palatine.

2° Fractures étendues.

Elles consistent le plus souvent dans l'*enfoncement du sinus.* Cet enfoncement a lieu par cause directe (coup de poing, coup de feu), le plus ordinairement, mais quelquefois par cause indirecte à la suite de coup porté sur joue, région malaire.

3° Fractures totales.

Elles affectent plusieurs types. On observe :

1° *La fracture transversale* de A. Guérin. Un trait passant un peu au-dessous de l'os malaire divise d'avant en arrière le ou les maxillaires supérieurs, divisant aussi le vomer et les ptérygoïdes;

2° *La séparation du maxillaire droit d'avec le maxillaire gauche.* Ou bien il y a simple séparation mais pas d'éloignement (alors les deux os sont seulement mobiles l'un sur l'autre); ou bien, il y a en même temps séparation et éloignement (un intervalle apparent et tangible sépare alors les deux os);

3° *L'enfoncement de la mâchoire.* Le maxillaire supérieur est projeté en arrière contre la paroi postérieure du pharynx;

4° *Les fractures communitives*, dans lesquelles les désordres très considérables et très variés ne répondent plus à aucun type.

Ces fractures totales sont presque toujours de *cause indirecte.* Elles résultent donc d'un choc porté sur menton, nez, crâne. Du reste, en même temps que le maxillaire supérieur, peuvent être fracturés le zygoma, le malaire, la base du crâne.

Symptômes.

Les symptômes qui peuvent un peu varier suivant le type de la fracture sont :

1° *L'ecchymose palatine;*

2° *L'ecchymose sous-conjonctivale;*

3° *L'emphysème de la face et de la paupière;*

4° *L'épistaxis.*

Presque toutes ces fractures s'accompagnent de *commotion cérébrale.* Quelques-unes seulement présentent *anesthésie de la région sous-orbitaire* (par lésion du nerf au niveau de son passage dans le plancher de l'orbite).

A l'examen on peut constater :

1° *Mobilité anormale.*

2° *Crépitation.*

3° *Enfoncement ou saillie.*

4° *Douleur* au niveau de la pointe des apophyses ptérygoïdes provoquée par exploration buccale.

Marche. — Complications.

Si la fracture n'est pas infectée, elle guérit facilement en quelques semaines sans amener de troubles, mais en laissant d'ordinaire déformation en rapport avec le siège et la variété.

Si le foyer de la fracture est infecté, on observe :

1° *Suppuration ;*

2° *Nécrose et esquilles secondaires ;*

3° Et même *accidents septiques généraux.*

Tout ceci peut être d'habitude évité par soins antiseptiques de la bouche.

Enfin, on peut observer des complications tardives. Ce sont :

1° *Déformations de la face ;*

2° *Rétrécissement des voies lacrymales ;*

3° *Névralgies rebelles dans le domaine du nerf sous-orbitaire.*

Traitement.

Si pas de déplacement, recommander au malade immobilité absolue de la mâchoire (c'est-à-dire lui défendre toute mastication) et soutenir mâchoire inférieure avec une simple fronde.

Si déplacement, il faut :

1° *Réduire*, « par pressions appropriées », ce qui est quelquefois difficile ;

2° *Maintenir la fracture réduite* par appareils différents suivant les cas et appropriés au déplacement observé.

Si fracture compliquée, faire antisepsie soignée de la plaie et ne jamais enlever les esquilles qui se réunissent très bien avec les autres fragments.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 12 20 Mars 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

CAUSERIE DE L'HOPITAL COCHIN — M. PIERRE SEBILEAU

Traitement de la hernie ombilicale (1).

(Suite et fin.)

IV

1° Cure radicale simple. — Il faut faire à la peau une longue incisiou, ouvrir le sac avec précaution, mobiliser l'épiploon et l'intestin contenus dans le sac, puis réséquer l'épiploon, réduire le moignou épiploïque et l'intestin, disséquer le sac avec soin, le détacher minutieusement de l'anneau fibreux auquel il adhère très souvent, exercer sur lui, à mesure qu'on le sépare de la paroi, des tractions destinées à permettre une résection plus étendue du péritoine et à faire disparaître tout infundibulum, tout cul-de-sac qui servirait d'amorce à une nouvelle hernie: enfin, d'un coup de ciseaux, trancher délibérément le sac au niveau de son pédicule.

(1) Publiée par la *Semaine Médicale*, n° 64, 23 décembre 1896

Il s'agit alors de reconstituer la paroi. Voici comment je procède : j'incise la gaine des deux muscles droits, après l'avoir bien mise à nu, sur le bord interne de chacun d'eux; les fibres musculaires apparaissent; je les détache un peu de leur enveloppe fibreuse. Je prends alors, dans une première série de fils en **U**, le péritoine et le feuillet profond de la gaine; avec les fils d'un second plan (toujours en **U**) je réunis d'un côté à l'autre le feuillet superficiel de la gaine et le muscle grand droit; puis je fais à la peau des sutures profondes et des sutures superficielles, après avoir réséqué la cicatrice ombilicale.

Tout cela est simple, facile et très solide. Je n'ai jamais obtenu, en employant ce procédé tout à fait élémentaire. lequel est une simplification de celui de Quénu-Gersuny, que des succès parfaits et durables.

2° Cure radicale avec omphalectomie. — Pour les vieilles hernies ombilicales qui contiennent une grosse masse épiploïque irréductible et dont l'anneau est très élargi, la méthode que je viens de décrire est insuffisante : il faut la compléter par la laparotomie et l'ompbalectomie. Mais ce serait une erreur de croire que la difficulté de la cure radicale réside ici dans la réfection de la paroi abdominale; s'il est vrai, en effet, que cette reconstitution pariétale cause au chirurgien quelque embarras chez ces énormes femmes dont la panne est épaisse d'une douzaine de centimètres et dont l'anneau ombilical, tout à fait détaché de la cicatrice cutanée, est profondément enfoui sous la graisse, on peut dire cependant qu'en règle générale la suture de la paroi est la partie la plus simple de l'opération; ce qui est délicat, ce qui exige de l'adresse et beaucoup de patience, c'est la dissection, la séparation des adhérences qui unissent l'épiploon et l'intestin au fond et au collet du sac. Quand on a réséqué l'épiploon et réduit l'intestin, l'opération n'est relativement plus qu'un jeu.

On fait sur la peau une longue, très longue incision longitudinale, en coupant les téguments avec

prudence pour ne pas ouvrir le sac. On dissèque le tissu cellulaire et on arrive sur la paroi du sac qu'il faut, avec de grandes précautions, inciser largement, de haut en bas, presque toujours par sections successives, car on est souvent arrêté par des adhérences épiploïques. Alors commence la délicate recherche de ces adhérences de l'épiploon et de l'intestin qu'il faut rompre et lier les unes après les autres, sur le fond, sur les parois, sur le collet du sac, recherche qui conduit souvent le chirurgien dans des sacs accessoires, des diverticules, des culs-de-sac.

Il n'est pas toujours facile de se rendre maître du contenu de la hernie; d'autre part, on rencontre fréquemment, en arrière de celle-ci, des adhérences intestinales et surtout des adhérences épiploïques collées sur la paroi abdominale, adhérences qui peuvent quelquefois occuper une assez large surface. Aussi faut-il toujours, en opérant sur le doigt protecteur introduit par l'orifice ombilical derrière la paroi, inciser la ligne blanche en haut et en bas, au-dessus et au-dessous de l'anneau, pratiquer, par conséquent, une vraie laparotomie. Avec un pareil jour, le traitement des adhérences profondes, la résection de l'épiploon et la réduction de l'intestin deviennent infiniment plus faciles. Mais je crois qu'il y a intérêt à n'ouvrir ainsi très largement le péritoine que lorsqu'on a fait, dans le sac lui-même, qui est souvent infecté, tout ce qu'il y avait à faire.

Ainsi donc, l'épiploon est réduit, l'intestin est rentré dans l'abdomen et le ventre est béant. Il faut maintenant refaire le plastron abdominal divisé, mais, tout d'abord, réséquer le sac herniaire et la peau exubérante qui le recouvre. Voici comment je termine l'opération :

1° A la faveur de deux grandes incisions convexes en dehors, je pratique l'exérèse de la peau et du sac qui lui adhère. Si l'on craint d'enlever ainsi une trop grande étendue de téguments, on peut disséquer le sac et le réséquer séparément.

2° Sur l'index gauche, je fais la résection de l'anneau ombilical, dont je sectionne avec des ciseaux courbes le pourtour fibreux, après avoir, dans toute l'étendue du champ opératoire, bien mis à nu la face superficielle de la gaine des muscles droits, précaution sans laquelle, du reste, il ne serait pas possible de pratiquer la reconstitution pariétale dont il reste alors à s'occuper.

3° Vient enfin la réfection et la suture de la paroi. La résection de l'anneau met à jour, autour de cet anneau, les fibres des muscles grands droits. Au-dessus et au-dessous de lui, une incision faite sur leur gaine, à deux centimètres environ de leur bord interne, et parallèlement à leurs faisceaux, découvre ceux-ci dans toute la hauteur du champ opératoire. Il n'y a plus qu'à suturer. Voici comment je procède: un premier étage de sutures en **U** réunit, de droite à gauche, le péritoine et le feuillet profond de la gaine des droits; un second étage de sutures en **U** assure en même temps la coaptation des muscles et du feuillet superficiel de leur gaine. Mais en raison du soin que je prends de faire l'incision à deux centimètres du bord interne de cette gaine, les muscles font hernie entre la lèvre droite et la lèvre gauche de leur feuillet superficiel; je les réunis alors l'un à l'autre par plusieurs points séparés, et par-dessus les fibres musculaires. Ainsi coadaptées, je suture, ce qui est toujours possible quand on a pris bien soin d'isoler au préalable le muscle de sa gaine, les deux lèvres aponévrotiques sous lesquelles le muscle disparaît alors. Double plan de suture sur la peau.

La paroi abdominale ainsi traitée est et demeure très solide.

Ce procédé qui, je le répète, a quelques points de ressemblance avec celui de mon maître Quénu, des idées duquel je me suis inspiré, est d'une exécution très simple et d'une efficacité parfaite et rend inutile toute tentative plus compliquée et certainement moins bonne de restauration pariétale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mars. — Présidence de M. DELENS.

A propos de la lecture du procès-verbal de la dernière séance :

M. Delorme. — Je prie M. Nélaton de vouloir bien ajouter au compte rendu de la dernière séance que, selon moi, les deux photographies par rayons X présentées par M. Quénu n'auraient pas donné des renseignements suffisants pour le cas de corps étrangers petits comme une aiguille et profondément situés dans les tissus.

A propos de la lecture de la correspondance :

M. Delorme dépose sur les bureaux de la Société, au nom de M. Mendy (médecin militaire), un mémoire qui a pour titre : *De la valeur comparative de l'expectation armée et de la laparotomie immédiate dans les contusions de l'abdomen*. Ce mémoire est proposé pour le prix Duval en 1898.

Angiocholécystite infectieuse à coli-bacilles. — Absence de lithiase biliaire. — Cholécystostomie. — Guérison.

M. Lejars. — L'importance de l'intervention opératoire dans les cholécystites infectieuses a déjà été suffisamment démontrée. MM. Terrier et Quénu nous ont rapporté des observations probantes à ce sujet.

En voici un nouveau cas et il présente un double intérêt, car la cholécystostomie a été pratiquée au cours de phénomènes aigus et je n'ai trouvé de traces de lithiase ni dans la vésicule, ni dans les autres segments des voies biliaires.

Il s'agit d'un jeune garçon de vingt-cinq ans, employé à la Compagnie des Omnibus. Depuis deux ans il souffrait de douleurs abdominales vives, venant par crises, siégeant dans la région du foie, sans irradiations vers l'épaule. Ces douleurs apparaissaient plus particulièrement après les repas, s'accompagnaient de vomissements et duraient quelques heures. Pendant les derniers mois avant l'entrée à l'hôpital, les crises étaient devenues plus fréquentes, plus longues et plus intenses, s'accompagnaient de subictère.

Le malade entra à l'hôpital Beaujon au mois de septembre 1896, dans le service de M. Fernet. A ce moment-là, crise douloureuse plus intense que jamais; ictère généralisé; facies amaigri, terreux; langue sèche et rôtie; pouls petit et fréquent; température de 39° à 39°5, sans rémission matutinale; nuits agitées avec subdelirium; selles rares, décolorées, comme graisseuses; urines pleines de pigments biliaires. L'examen de la région hépatique était douloureux et difficile. On notait, cependant, que le foie débordait les fausses côtes de trois travers de doigt et qu'une masse arrondie, tendue, peu nette, mais donnant assez bien, néanmoins, l'apparence de la vésicule biliaire dilatée, se prolongeait au-dessous du rebord inférieur du foie.

Ce tableau était assez complet pour me faire diagnostiquer une angiocholécystite infectieuse d'origine probablement lithiasique, d'autant plus que les crises antérieures semblaient avoir eu l'aspect de crises de colique hépatique.

J'intervins le 23 septembre, presque d'urgence, car l'état du malade, un état typhoïde, paraissait menaçant. Je fis une incision verticale de 10 centimètres le long du bord externe du muscle droit du côté droit. Je tombai, de suite, sur un gros foie qui descendait bas au-dessous du bord costal, ainsi que l'examen clinique me l'avait montré. La surface hépatique était presque noire et le tissu mollasse. En soulevant le bord inférieur du foie, on mettait à découvert la vésicule biliaire dilatée, mais dont le fond seul était apparent avant ce soulèvement. La vésicule était verdâtre, non adhérente, tendue.

L'examen digital des voies biliaires ne révéla pas trace de concrétions ni d'indurations. Alors je décidai de faire la cholécystostomie. L'opération fut difficile, je parvins cependant à placer une collerette séro-sereuse, je drainai à la Mickulicz la partie inférieure de la plaie, par excès de prudence; j'ouvris la vésicule biliaire et je la suturai à la peau. De la vésicule s'écoulèrent alors des flots d'une bile jaune-verdâtre, mais sans trace de calculs. J'introduisis le petit doigt puis l'index par l'ouverture vésiculaire et je n'en sentis pas davantage sur la face interne de la vésicule. On pouvait donc dire qu'il y avait, chez mon malade, absence de lithiase biliaire.

Les suites opératoires furent les suivantes : Immédiatement, journée agitée, mais le soir, chute de la température qui ne s'élève pas au delà de 37°. Le malade dit qu'il *ne souffre plus*. Ce fait est à noter et l'on se rappelle combien grandes étaient ses douleurs avant qu'on l'opérât. Le lendemain, température de 37°, garde-robe blanchâtre, le pansement n'est pas taché par la bile. Ce n'est que quarante-huit heures après l'opération que la bile a traversé le pansement.

Les jours suivants, la situation s'est améliorée progressivement et l'appétit a reparu.

On n'a noté qu'un seul incident. Le huitième jour, en effet, la température atteignait 38°5, il y avait de la douleur et de l'abattement, les selles s'étaient de nouveau décolorées. Mais cet incident fut vite clos et la température revint à la normale en même temps que les selles reprirent leur coloration.

J'ai laissé la fistule biliaire ouverte pendant un certain temps. On en a profité pour faire l'examen bactériologique de la bile. Tout d'abord, la bile retirée de la vésicule, le jour de l'opération, contenait du bacterium coli à l'état de pureté. Un mois plus tard, il y avait encore du coli-bacille dans la bile, mais il y en avait moins. Enfin, six semaines après l'opération le coli-bacille n'avait pas disparu. Aucune expérimentation sur les animaux n'a été faite, mais il est probable que le coli-bacille avait perdu sa virulence. J'ai donc laissé la fistule biliaire se fermer. Le malade est sorti de l'hôpital au mois de novembre. Depuis quatre mois, il est resté dans un état de santé excellent et je vais vous le montrer tout à l'heure.

Il me paraît donc que le cas que je viens de vous rapporter a consisté dans une infection coli-bacillaire des voies biliaires qui s'était traduite depuis deux ans par des crises douloureuses fébriles. Je suis intervenu au milieu de l'une de ces crises, la plus forte de toutes, pour remédier à des accidents fébriles typhoïdes. Le drainage de la vésicule et la guérison qui a suivi démontrent, une fois de plus, les bénéfices que l'on peut espérer de la cholécystostomie en pareil cas.

Il est possible que mon malade élabore plus tard des calculs dans ses voies biliaires intra-hépatiques; en tout cas, il n'en présentait pas, dans les canaux biliaires extra-hépatiques, le jour de l'opération.

M. Michaux. — L'examen des selles du malade a-t-il

était fait minutieusement ? Y a-t-on vu de petites granulations presque imperceptibles ? Je pose cette question parce que, récemment, dans une infection pneumococcique des voies biliaires, la vésicule ne contenant pas de calculs apparents, nous en avons trouvé, néanmoins, des petits et multipliés dans les selles et ces calculs m'ont paru venir du foie.

M. Lejars. — Les selles ont bien été examinées journellement, mais certainement pas avec autant de soins que le demande M. Michaux. On aurait dû les tamiser. C'est là une lacune.

Péritonite purulente généralisée. — Laparotomie. Guérison.

M. Richelot. — **M. Malapert** (de Poitiers) nous a envoyé une observation sur ce sujet.

C'est celle d'une enfant de neuf ans et demie, sans antécédents héréditaires personnels, qui fit une chute sur le ventre le 1er décembre 1896. Le lendemain, accidents abdominaux graves, ballonnement, douleurs, température allant de 38 à 40°. La petite malade n'a été vue par M. Malapert que le 21 décembre. Notre confrère a de suite jugé la situation grave et conseillé l'intervention immédiate. Les parents l'ont refusée. Ils ont permis cependant une ponction de l'abdomen qui a été faite par le médecin le 27 décembre. On a retiré un litre et demi de pus bien lié. Enfin, après une nouvelle temporisation, l'opération a été faite le 31 décembre par M. Malapert.

M. Malapert a fait la laparotomie sous-ombilicale. A peine eut-il incisé la peau qu'il ouvrit immédiatement la vessie. La vessie était adhérente à la paroi. Cette disposition ne pouvait être prévue, surtout pour un cas de péritonite purulente généralisée. Il a de suite recousu la paroi vésicale avec une suture à trois plans.

Cet incident clos, la laparotomie a continué. M. Malapert a retiré de la cavité abdominale trois litres de pus franc avec fausses membranes. Il a fait passer dans la cavité abdominale six litres d'une solution de sublimé à 1 pour 10,000. Les anses intestinales étaient refoulées en haut, mais le cul-de-sac de Douglas était plein de pus. Je fais remarquer, en passant, qu'il s'agissait donc d'une péritonite localisée et non d'une péritonite généralisée. M. Malapert a terminé son opération par un tamponnement à la Mickulicz du cul-de-sac de Douglas, et par un drainage, avec tubes de caoutchouc, des deux fosses iliaques.

Dans la suite, il y a eu des élévations et des abaissements de température successifs. Le tampon a été enlevé le sixième jour. M. Malapert a continué à laver la cavité péritonéale avec la liqueur de Van Swieten dédoublée. Bref, le 16 janvier, la malade était guérie.

M. Malapert fait suivre son observation de quelques remarques. Il insiste d'abord sur la blessure de la vessie, qui, j'en conviens, était difficile à prévoir. Mais il s'arrête surtout sur l'origine de cette péritonite. Il élimine la perforation intestinale et l'appendicite. Il élimine aussi la péritonite tuberculeuse et paraît même douter de l'effet qu'a pu produire la chute faite par l'enfant. Il s'arrête enfin, mais non d'une manière absolue, sur *la péritonite idiopathique essentielle des jeunes sujets*.

Pour ma part, je suis étonné de la résistance que l'enfant a montrée devant cette longue suppuration pour laquelle la famille a trop temporisé. Je note encore que la vessie a bien voulu réunir du premier coup la suture à trois plans.

M. Malapert n'a pas été prudent en faisant passer de la liqueur de Van Swieten même à 1 pour 10,000 dans la cavité péritonéale. Il y a des péritoines, et beaucoup, qui ne l'auraient pas supportée.

Pourquoi ce tamponnement à la Mickulicz à côté de ces deux gros drains ?

Le drainage à la Mickulicz est destiné à un foyer purulent que l'on veut séquestrer. Ici on avait affaire à un foyer purulent depuis longtemps limité, et il fallait le drainer partout de la même façon avec de gros drains en caoutchouc. J'insiste sur ce point pour combattre la tendance que certains chirurgiens ont d'abuser de ce tamponnement à la Mickulicz.

Il peut entraîner la rétention des liquides dans certains cas et causer les plus graves dangers.

Au point de vue du diagnostic, je ne suis guère plus avancé que M. Malapert. Je me rattacherais cependant assez volontiers à l'idée d'une tuberculose péritonéale réveillée par un traumatisme, bien que l'examen bactériologique n'ait rien donné dans ce sens.

J'ignore donc la nature de cette péritonite. Je n'ai pas de raison absolue de croire à une péritonite tuberculeuse, mais je crois encore moins à l'idée d'une péritonite essentielle idiopathique émise par M. Malapert.

M. Quénu. — J'adopte les conclusions de M. Richelot sur l'abus du drainage à la Mickulicz. Comme lui, je crois aussi à la nature tuberculeuse du cas de M. Malapert. Voici pourquoi :

J'ai vu en juin dernier une jeune femme de 30 ans, sans antécédent héréditaire, qui me fut adressée pour tumeur du ventre. On trouvait de l'ascite, peu de liquide, mais de la sonorité exagérée dans les flancs. On fit donc le diagnostic d'ascite cachant probablement une tumeur de l'ovaire. M. Rohineau, mon interne, fit une ponction exploratrice et retira du pus et des gaz. On ne fit pas alors d'examen bactériologique. A quelque temps de là, nouvelle ponction, nouveau gaz et pus très fétides. Cette fois-ci, examen bactériologique qui reste stérile. Alors je fais la laparotomie et je trouve le petit bassin rempli de pus.

M. Reynier, dans une discussion à la Société de chirurgie qui eut lieu au mois de juillet 1896, a émis des doutes sur la possibilité de guérir une péritonite généralisée par l'incision. M. Berger, par contre, a rapporté un cas dans lequel il avait, par une double incision iliaque, introduit des

drains qui allaient sous le foie. Ce fait militait donc en faveur de la péritonite généralisée curable par l'incision.

Je crois aussi que l'on peut guérir la péritonite généralisée an péritoine, et si quelque chose s'enkyste dans cette péritonite que l'on guérit, c'est tout simplement l'intestin. Le cas de M. Malapert me semble entrer dans cet ordre de faits, puisque la masse intestinale était, dit-il, refoulée en haut.

Dans le cas qui me concerne, il y avait, bien plus, au niveau du détroit supérieur, une sorte de toile unissant le rectum à l'utérus; l'intestin semblait, en haut, occuper, vis-à-vis du péritoine, la situation du duodénum vis-à-vis le péritoine pariétal postérieur. Aussi ne pouvais-je pas faire le tour de l'estomac ni de la rate. L'intestin grêle était donc pour ainsi dire enkysté.

J'ai recherché la cause de cette péritonite. En bas, le petit bassin était oblitéré, l'utérus accolé au rectum par un plan d'adhérences sur lequel on voyait se détacher les trompes perméables et n'étant dès lors pas la cause de cette suppuration. L'appendice cæcal ne pouvait pas davantage être mis en cause. Bref, lavage du péritoine au sérum artificiel, drainage des deux fosses iliaques. Dans la suite, chute de la température et amélioration notable. Plus tard, infection secondaire du péritoine dans lequel on trouve du staphylococcus albus. Cette infection secondaire donne lieu à une nouvelle élévation thermique qui m'amène à faire une contre-ouverture vaginale en incisant non le cul-de-sac de Douglas, puisque l'utérus était accolé au rectum, mais en ouvrant le cul-de-sac antérieur vésico-utérin.

L'amélioration, à partir de ce moment-là, se poursuit. La malade engraisse à vue d'œil. Mais elle part trop tôt de l'hôpital. Je l'ai revue en décembre dernier. Elle était maigre, elle toussait. Elle était franchement tuberculeuse. Nous avons vérifié le fait par l'autopsie. Il s'était donc agi chez elle d'une péritonite tuberculeuse probablement primitive et qui s'était stérilisée elle-même, à un certain moment. Ceci prouve que l'on n'est pas en droit de nier la nature tuberculeuse d'une péritonite quand on n'y trouve pas de bacilles. Et mon observation me semble enfin superposable à celle de M. Malapert.

M. Reynier. — Je partage les idées de MM. Richelot et Quénu à propos du drainage à la Mickulicz.

Il faut surtout faire remarquer aujourd'hui avec quelle facilité on parle de péritonite généralisée et de guérison dans ces péritonites. Les péritonites généralisées qui guérissent sont, comme celles de M. Malapert, des péritonites partielles, en vérité. Les péritonites généralisées vraies tuent fatalement au bout d'un certain laps de temps. Les bacilles seuls peuvent les faire traîner pendant un certain temps. Et, ainsi que l'a dit M. Quénu, le fait de ne pas trouver des bacilles une première fois ne prouve pas que l'on n'ait pas affaire à de la tuberculose.

J'ai à vous signaler, à ce sujet, un cas à peu près analogue à celui de M. Quénu. On m'a récemment conduit un malade qui avait séjourné pendant un certain temps dans un service de médecine avec le diagnostic d'appendicite. Son état était tel que mes internes me conseillaient de le laisser mourir sans aucun secours. Je lui ouvris néanmoins l'abdomen avec l'anesthésie à la cocaïne. J'ai retiré un litre et demi de pus. Le malade a guéri. J'aurais pu parler ici de péritonite généralisée, car j'avais trouvé un foyer énorme, mais j'ai dit abcès péritonéal à cause de la lenteur de l'évolution du foyer purulent. Ici, également, l'examen bactériologique est resté négatif. Mais six mois après ce malade revenait me voir avec un abcès froid tuberculeux du fémur et du crâne et des signes de tuberculose pulmonaire. J'avais donc eu affaire, auparavant, à une péritonite également de nature tuberculeuse. Tout cela montre combien il faut être circonspect dans le diagnostic et combien de fois il faut se retrancher, en fait de péritonites, dans le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

M. Brun. — Je ne partage pas l'avis de mes collègues en ce qui concerne la nature tuberculeuse de la péritonite observée par M. Malapert.

Le tableau clinique de cette péritonite, rapporté par M. Richelot, me paraît être plutôt celui d'une péritonite à pneumocoques.

Chez les enfants, cette péritonite pneumococcique est fréquente, se voit surtout chez les filles et dans la région sous-ombilicale. Le pus est abondant, vert, louable, et ces péritonites ont une tendance marquée à la guérison. C'est le contraire quand il s'agit du streptocoque ou du staphylocoque. J'ai vu douze cas de ce genre. Dans sept cas, il n'y a pas eu d'examen bactériologique; dans les cinq derniers cet examen a été fait, mais dans tous les cas le tableau clinique était bien le même.

Je répète donc que, hypothèse pour hypothèse, j'aime mieux rattacher le cas de M. Malapert à une péritonite pneumococcique qu'à une tuberculose.

M. Kirmisson. — J'aurais dit la même chose que M. Brun si j'avais parlé avant lui, car le fait de M. Malapert est absolument superposable à ce cas de péritonite pneumococcique que je vous ai présenté il y a deux ans. Mais, à coup sûr, on ne doit pas prononcer le mot d'idiopathique.

Il ne faut pas dire davantage celui de péritonite généralisée. Ces péritonites ont tendance à fuser vers l'ombilic; il faut en tenir compte quand on les opère de façon à ne pas trop s'en écarter.

(La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.)

Présentation de malades.

TRAITEMENT AMBULATOIRE DES FRACTURES DE JAMBE

M. Reclus. — Voici un malade atteint d'une fracture de jambe par choc direct. Avec mon ancien interne, M. Cestan, je lui ai fait subir le traitement ambulatoire. Il a pu marcher dès le premier jour de son accident. Il en est actuellement au quarante-septième jour.

M. Lucas-Championnière. — Le malade de M. Reclus n'a pas de consolidation. Je pense que le traitement ambulatoire des fractures de jambe ne présente aucun intérêt. En tout cas, le malade de M. Reclus n'est pas assez satisfaisant pour nous édifier sur ce point. Je fais donc les plus grandes réserves sur ce traitement.

M. Reclus. — C'est le premier et le seul malade que j'aie ainsi traité. Je le présente tel qu'il est, sans tirer de conclusion. Je vous le donne à examiner; je vous dis tout simplement : J'ai fait le traitement ambulatoire, l'appareil a été bien supporté, les muscles du mollet sont restés bons ; mon malade en est de quarante-sept jours, je me garderai bien d'en dire davantage.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES KYSTES POSTÉRO-SUPÉRIEURS DU FOIE

M. Monod. — Voici un malade que j'ai opéré d'un kyste hydatique du foie. Je vous le présente surtout pour vous parler d'un nouveau mode de traitement chirurgical des kystes postéro-supérieurs du foie. J'ai abandonné le procédé d'Israël, vanté par M. Segond, pour avoir recours au procédé indiqué par M. Lannelongue pour le traitement des abcès tuberculeux péri-hépatiques. Il consiste à réséquer la partie inférieure du thorax au niveau des huitième, neuvième et dixième côtes et à fixer la poche à la paroi costale. On obtient, par cette résection, une cavité grande où l'on peut manœuvrer la main à l'aise et enlever la poche du kyste.

M. Routier. — Il y a douze ans, M. Ferrand me montrait, à Laënnec, un homme atteint d'une fistule au lieu d'élection indiqué par M. Monod. Une incision faite à ce niveau, suivie d'un agrandissement de la fistule, me permit alors de retirer une poche suppurée intra-hépatique et d'obtenir la guérison.

M. Quénu. — La comparaison entre la méthode d'Israël et le nouveau procédé de M. Monod me paraît d'une telle importance que j'en demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance.

Présentation de pièce.

KYSTE DERMOIDE DE L'OVAIRE A PÉDICULE TORDU

M. Brun. — Voici un kyste dermoïde de l'ovaire que j'ai enlevé il y a quelques jours à une jeune fille de 14 ans. Ce kyste ne s'est révélé que par les phénomènes de torsion de son pédicule. On a primitivement fait le diagnostic d'appendicite.

M. Routier. — J'ai enlevé un kyste semblable il y a quelques jours à une jeune fille de 21 ans, qui avait été soignée à l'âge de 12 ans pour de la pérityphlite.

Présentation d'instrument.

M. Quénu présente une nouvelle instrumentation pour l'injection sous-cutanée de sérum artificiel. Cette instrumentation permet d'injecter le sérum artificiel d'une manière lente et à la température de 35 à 36° chez le chien. L'injection lente prévient la douleur et permet d'introduire des quantités considérables de sérum. M. Quénu a pu en injecter ainsi 2,400 grammes dans l'espace de 24 heures. M. Quénu est partisan de l'injection sous-cutanée et non de l'injection intra-veineuse, et c'est pour ce motif qu'il a cherché le moyen d'introduire dans l'économie, par cette voie, les quantités les plus considérables de sérum à une température constante de 35 à 36° et sans faire souffrir le malade.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Pathogénie du rein mobile.

MM. Deletzine et Wolkoff (*Méd. mod.*, n° 20, p. 158, 1897) ont entrepris des recherches expérimentales sur le cadavre, vérifiées ensuite par de nombreuses observations cliniques. Les résultats de ces recherches viennent d'être rapportés à l'une des dernières séances de la Société des médecins russes de Saint-Pétersbourg. Le premier fait important constaté pendant ces expériences est que lorsque l'on ouvre la cavité abdominale, le cadavre étant placé verticalement (la seule position dans laquelle on doit faire l'exploration), les reins peuvent descendre très bas sans que les vaisseaux ou les ligaments soient allongés, ni la paroi abdominale moins résistante, ni les dimensions ou le poids des reins augmentés, sans qu'il y ait un méso-rénal ni que la couche adipeuse périrénale soit diminuée. La mobilité anormale des reins n'est en rapport qu'avec l'état de l'équilibre intra-abdominal. Les auteurs ont constaté qu'à un faible degré l'ectopie rénale est un phénomène presque physiologique, car on l'observe chez l'homme et chez la femme, chez les cachectiques, comme chez les adipeux, pouvant être plus prononcée d'un côté.

L'amincissement de la paroi abdominale (par excision de la couche musculaire) modifie les conditions de l'équilibre intra-abdominal et cette modification se fait surtout sentir sur les reins qui se déplacent en bas et en avant. Tandis que si l'on altère l'hermétisme de la cavité péritonéale, les reins sont moins déplacés que le foie par exemple.

L'étude de l'influence de l'état des tissus et organes circonvoisins sur la position des reins a démontré que ces organes peuvent être déplacés sans qu'il y ait altération quelconque des replis et ligaments péritonéaux.

L'évacuation rapide de liquide de la cavité abdominale (ascite ponctionnée) favorise considérablement la ptose rénale; à ce point de vue le rôle étiologique des accouchements répétés est indiscutable. Il en est de même de l'introduction d'air dans les cavités pleurales avec abaissement du dôme phrénique. La respiration artificielle favorise

également ce déplacement, comme l'avaient d'ailleurs déjà observé Litten et Israel.

Les expériences avec l'augmentation du poids de l'estomac (introduction de plâtre) et la dilatation artificielle de cet organe (ligature extra-péritonéale de l'angle duodéno-jéjunal et injection d'air ou d'eau dans l'estomac) ont donné des résultats négatifs. La capsule adipeuse n'est pas un obstacle à la ptose rénale; il en est de même de l'absence d'allongement des vaisseaux rénaux.

L'augmentation du poids des reins (injection de mercure) fait abaisser ces organes. Les traumatismes de la région rénale jouent un rôle étiologique très important. Le corset diminue l'espace dans lequel peuvent se déplacer les reins et les fixe dans leur loge; il est donc plutôt un remède qu'une cause de néphroptose; il ne faut cependant pas oublier que le corset est mis le sujet étant debout, c'est-à-dire lorsque le rein est déjà un peu déplacé; il se trouve donc fixé dans cette position anormale et comme le corset déforme à la longue l'orifice inférieur du thorax et les organes avoisinants, il en résulte que le rein ne peut plus regagner sa loge normale.

Pour ce qui est de la plus grande fréquence du rein flottant chez la femme, l'examen des moulages des loges rénales démontre que ces loges sont chez la femme moins profondes et plus évasées en bas que chez l'homme. Elles sont aussi plus superficielles et plus évasées à droite qu'à gauche. L'ectopie rénale est essentiellement liée à ces modifications de la forme des loges qui reçoivent les glandes rénales. Si ces loges favorisent par leur forme le déplacement de l'organe logé, ce déplacement peut être empêché par le maintien de l'équilibre intra-abdominal; mais si ce dernier est rompu le rein se déplace en bas et en avant.

Traitement opératoire des fistules urinaires chez la femme.

M. Fenomenoff (*Wratsch*, 1896, n° 21, et *Rev. internat. de Méd. et de Chir.*, n° 5, p. 86, 1897) signale les deux inconvénients des procédés de simon et de sinus : 1° on fait une perte de substance trop grande autour de la fistule ; 2° parfois on ne peut éviter une augmentation, quoique faible il est vrai, de la fistule.

Le procédé employé depuis longtemps et recommandé par l'auteur a été décrit, du moins dans sa partie principale, pour la première fois, en 1857, par Collis, mais il n'a pas attiré l'attention des opérateurs. Il est basé sur les deux considérations suivantes : 1° la quantité des tissus dans la région du champ-opératoire doit être la même avant et après l'opération, laquelle doit être une plastie, sans ablation complète des tissus ; 2° l'adaptation des surfaces avivées doit être facile, sans donner lieu à la tension des bords ; en outre, les tissus adaptés doivent être anatomatiquement identiques. Voici comment procède M. Fenomenoff :

Le tissu du vagin est abaissé soit à l'aide d'une pince tire-balles, soit à l'aide de quelques fils de ligatures qu'on y passe. Après avoir bien examiné la topographie de la fistule, bien mise en évidence à l'aide des crochets qui tendent le tissu de la région et après avoir cherché dans quelle direction il sera plus facile de réunir les bords de la fistule, on procède à l'avivement. On incise le vagin au bistouri, dans le diamètre transversal, en partant de la fistule, de dedans en dehors, d'un côté, puis de l'autre. La longueur et la profondeur de l'incision varient suivant les circonstances. Avec une pince à greffe, on saisit le bord inférieur de l'incision et on dédouble tout le long de cette dernière la cloison vésico-vaginale, à une profondeur voulue, mais de façon que les lambeaux (vésical et vaginal) soient suffisamment épais. La mobilité du feuillet vésical fermé permet de juger si l'avivement a été suffisant.

On procède de la même façon pour le bord supérieur de l'incision : cependant, si la fistule est suturée assez profondément, il vaut mieux procéder ici en formant le lambeau à l'aide d'une incision perpendiculaire à la première incision. Il se forme alors au bord supérieur de la fistule, au dépens de la cloison dédoublée, deux lambeaux triangulaires. Ces lambeaux doivent ensuite être suturés le long de l'incision verticale. On peut aussi former, et cela est préférable, un seul lambeau supérieur, quadrilatère, en formant deux incisions ascendantes partant de l'extrémité de l'incision transversale. Ces incisions ascendantes sont en dehors de la circonférence de la fistule qui est recouverte par un seul lambeau sans sutures, ce qui est assez important si le lambeau est mince.

Le prolapsus de la vessie qui, dans d'autres procédés opératoires, constitue une complication gênante, peut, dans le procédé recommandé par le professeur Fenomenoff, être plutôt utile dans certains cas, car ce prolapsus n'a lieu que dans les fistules assez étendues, où il est difficile d'adapter les bords de l'orifice, tendus par la rétraction cicatricielle ; on peut alors profiter de la laxité des parois vésicales et former la solution de continuité vésicale par le tissu vésical même, déplacé grâce à la libération des bords.

Les sutures sont en deux rangées : vésicales et vaginales ; bien entendu, l'asepsie des fils de suture doit être absolue, surtout pour les sutures vésicales qui sont profondes (au catgut). Lorsque les sutures sont terminées, l'auteur fait l'essai : il remplit la vessie d'un liquide et voit si celui-ci ne s'écoule pas au dehors ; dans ce cas, on ajoute des fils supplémentaires.

M. Fenomenoff ne fait jamais cathétériser ses malades après l'opération. Parfois les premiers jours après l'intervention, l'urine continue encore à passer dans le vagin, par gouttes ; mais cela ne dure que quelques jours. Ce procédé est loin d'être infaillible au point de vue du succès et l'auteur dit être parfois obligé de le répéter deux ou trois fois ; il le fait alors après un intervalle de trois à quatre semaines. Une fois il a eu la patience de refaire (et

la malade de s'y prêter) l'opération d'une fistule six fois; il faut dire que, finalement, il est arrivé à en avoir raison.

Le même procédé peut être appliqué aux fistules vésico-utérines.

Métrites virginales hémorrhagiques.

M. Blanc (*Loire méd.*, décembre 1897 et *Sem. gynéc.*, n° 9, p. 69, 1897) a rapporté trois cas de métrites virginales hémorrhagiques. Chez ses trois malades, il a pu, par le curettage de l'utérus, ramener les fongosités caractéristiques et obtenir une guérison définitive. Il rapporte aussi un quatrième cas pour lequel le curettage a été refusé par la famille de la jeune malade. On a même refusé le tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée sous le prétexte que toutes ces manœuvres pourraient faire tort plus tard à la jeune fille. La jeune fille est morte huit jours plus tard; la mort a été causée par les abondantes pertes de sang.

Traitement palliatif du cancer du col de l'utérus et de la vessie chez la femme.

M. Nathan G. Bozeman (*The Journ. of the Americ. med. Assoc.*, 16 janvier 1897 et *Sem. gynécol.*, n° 9, p. 70, 1897) envisage principalement le traitement du cancer du col de l'utérus et de la vessie lorsque les lésions sont devenues inopérables ou que l'opération a été suivie de récidive.

Il formule les conseils suivants :

1° Assurer l'asepsie des parties malades;

2° Prévenir ou combattre tout rétrécissement des parois vaginales au-devant des lésions;

3° Lorsque la vessie est envahie, recourir à l'irrigation ou au drainage pour entraîner l'urine aussitôt qu'elle est collectée.

Tumeur kystique du testicule. Castration.

M. Verstraete a communiqué à la Société anatomo-clinique de Lille (*Journ. des sc. méd. de Lille*, n° 6, p. 227, 1897) l'observation d'un malade chez lequel s'est développé progressivement et rapidement une tumeur scrotale gauche sans retentissement sur l'état général, et essentiellement bénigne. Devant ce cas, on admit, non sans réserves, une hématocèle vaginale. L'opération a montré que l'on avait affaire à un néoplasme en grande partie solide présentant, de-ci de-là, des cavités kystiques dont les plus grandes atteignaient le volume d'une amande; aussi la castration a-t-elle été faite.

L'examen microscopique a montré que dans son ensemble la tumeur était très modérément vasculaire.

Et, surtout, le fait le plus remarquable de ce néoplasme était l'existence d'amas épithéliaux, sous forme de globes épidermiques qui avaient tout à fait le type malpighien et semblaient devoir faire rentrer la maladie kystique du testicule dans le groupe des épithéliomas, ainsi que le veut Malassez.

CHIRURGIE DE LA PEAU

Comment doit-on traiter l'anthrax.

M. le professeur Tillaux (*Trib. méd.*, 3 mars 1897) dit qu'il faut d'abord bien se rendre compte de la marche de l'anthrax et lui considérer deux périodes : la période d'accroissement, la période de ramollissement. Or, tant que l'anthrax est en voie d'accroissement, il est et reste dur comme de la pierre. Le chirurgien doit avoir pendant cette période un rôle expectant. Il doit surveiller la marche et s'efforcer de calmer la douleur. Autrefois on mettait un cataplasme qui soulageait le malade. Vous savez que le cataplasme, surnommé poison de la chirurgie, a été abandonné comme étant un terrain de culture pour les bactéries. Aujourd'hui on met des compresses boriquées, chaudes, et le malade souffre encore; je crois donc que, manquant à leur but, ces compresses sont inutiles, et je pense qu'il faut revenir au cataplasme, mais non au cataplasme d'autrefois, fait sans soin avec des bandes qui avaient traîné un peu partout, avec de la farine de lin qui servait plusieurs fois. Partant de ce principe que le cataplasme n'était dangereux que parce qu'il était mal fait, j'affirme que, confectionné avec asepsie, il donne de bons résultats, car il apporte un soulagement évident.

On doit donc faire un cataplasme avec de la farine de lin bien fraîche, de l'eau filtrée bouillie, de la gaze aseptique recouverte de ruberine, et son application diminuera la douleur. En plus, si le malade ne peut dormir, s'il réclame du sommeil, je ne vois pas d'inconvénient à lui faire des piqûres de morphine; il ne s'y habituera pas.

Les pulvérisations phéniquées conseillées par Verneuil donnent aussi de bons résultats.

Je résume donc la conduite à tenir pendant la première période, en disant qu'on doit : 1° calmer les douleurs; 2° ne pas faire l'incision cruciale.

J'arrive à la période de ramollissement. Lorsque l'anthrax est parvenu à sa limite, vous sentez un point de ramollissement. Le malade souffre un peu moins, il accuse une température moins élevée. Alors, attendez un peu encore, sans toutefois laisser toute la peau se sphacéler. Vous interviendrez plutôt avec les ciseaux qu'avec le bistouri. Vous ferez de chaque côté de l'anthrax deux sections semblables, de longueur suffisante. Le pus sort alors facilement. On doit rendre la plaie bien propre, par les lavages et les pulvérisations.

Traitement du lupus.

M. Lang (*Trib. méd.*, n° 10, p. 184, 1877), dans une communication au Collège des docteurs de Vienne (séance du 22 février), est revenu sur le traitement du lupus pour préconiser l'extirpation chirurgicale du foyer comme il l'a fait dans 45 cas sur 63 observés.

D'après M. Lang notamment, le traitement local, ordinairement employé par les caustiques, les scarifications,

le grattage, le thermocautère, etc., présente deux inconvénients : en premier lieu, il demande beaucoup de temps et est très douloureux; en second lieu, il n'amène pas la guérison complète, en raison de ce fait qu'il ne détruit pas les nodules lupiques inclus dans la cicatrice. Aussi ce traitement donne-t-il des améliorations dans les cas les plus favorables, améliorations passagères auxquelles fait ordinairement suite, au bout de quelque temps, l'extension du mal.

Le seul traitement qui, d'après M. Lang, soit capable d'amener la guérison, est l'extirpation du foyer au histouri. Si le lupus est petit, on peut, après son excision, fermer simplement la plaie par quelques points de suture; si, par contre, la surface qui reste après l'extirpation du lupus est très étendue, on peut recourir à la greffe dermo-épidermique. Ce traitement, à en juger par les résultats qu'il lui a fournis, donne au point de vue plastique et fonctionnel entière satisfaction au malade et au médecin.

Cette façon de voir a été partagée par M. Kaposi et par M. Gersuny qui pensent que le traitement opératoire peut, en effet, donner des résultats excellents à la condition d'opérer de honne heure.

D'autre part, en France, à la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine, **M. Barbe** a expérimenté le chlorophénol dans le traitement du lupus (voir Soc. de dermat. et de syphil., séance du 11 mars 1897).

Nous nous sommes procuré ce corps sous forme de mono-chlorophénol et nous l'avons utilisé en solution à 20 0/0 dans l'alcool. Cette préparation nous a donné des résultats très satisfaisants, surtout dans un cas de lupus vulgaire de la face, tellement étendu qu'il était presque impossible de songer, au début du moins, à le traiter par le galvano-cautère, les sacrifications. Le traitement a consisté en hadigeonnages répétés tous les deux jours pendant plusieurs mois. Au bout de cinq mois est survenue une très grande amélioration; sur toute la face et principalement sur les joues on voit actuellement un réticulum de cicatrices non saillantes. Il reste quelques petits placards lupiques que nous nous proposons d'attaquer ultérieurement avec le galvano-cautère, si le chlorophénol ne suffit pas à les faire disparaître.

CHIRURGIE DES OS

De la suture osseuse.

M. Jorrentino (*Trib. med.*, n° 10, p. 192, 1897 et la *Rivista*, n° 3, 4-5 janvier 1897) donne quelques considérations sur 37 cas de suture osseuse.

En cinq ans, l'auteur a fait 37 fois la suture osseuse, à savoir : dans 8 cas pour fractures sous-cutanées irréductibles et incoercibles, et dans 24 autres, pour fractures exposées à l'air; 4 pour pseudarthroses et une pour un cal difforme du cubitus; ces observations sont données une à une avec un luxe et une abondance de détails dont le lecteur seul peut se plaindre. Il résulte de ces notes cliniques que les fils métalliques d'argent ou de fer peuvent indifféremment être employés et ont la même valeur, les uns et les autres s'encapsulant ou s'éliminant dans des proportions identiques.

On doit attendre pour pratiquer les sutures que tout danger de complication soit écarté.

Dans le traitement de la pseudarthrose, le processus de guérison est dû le plus souvent à la perforation des fragments et à la présence des fils métalliques qui éveille une activité de néoformation osseuse.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Tumeurs de la région sacro-coccygienne.

M. Kirmisson (*Bull. méd.*, n° 20, p. 225, 1897) étudie les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. Deux faits cliniques caractérisent ces tumeurs : *a*) elles sont plus fréquentes chez les filles que chez les garçons; *b*) elles ont tendance à acquérir un volume considérable.

Au point de vue anatomique, ces tumeurs sont le plus souvent des kystes, des néoplasmes polykystiques, de nature complexe. Ce peuvent être des *spina bifida* sacrés, types purs, ou hien cachés par une tumeur volumineuse surajoutée; ce peuvent être aussi des kystes dermoïdes, ou hien des tumeurs dans lesquelles il y a une vraie inclusion fœtale due au développement partiel d'un germe fécondé dans un autre organisme. Ce peuvent être, enfin, des tumeurs liquides et particulièrement polykystiques, des lipômes, fibrômes, myxômes, des cysto-sarcômes avec une partie liquide kystique et une partie solide dont la constitution histologique est celle du sarcôme.

Au point de vue pathogénique, ces tumeurs peuvent relever quelquefois du spina bifida, jamais de la glande coccygienne de Luschka. Les autres hypothèses mises en avant sont, suivant les cas : l'inclusion fœtale ou la parthénogenèse, le développement de ces tumeurs aux dépens de l'extrémité terminale de la moelle. Cette dernière hypothèse seule explique l'existence de l'épithélium cylindrique cilié dans certaines de ces tumeurs.

L'histoire clinique de ces tumeurs mérite qu'on les divise en deux grands groupes : celles qui sont postérieures au rachis, celles qui sont appendues à la colonne vertébrale.

Dans le premier cas, développement lent, symptômes nuls à moins que la tumeur ne soit un spina hifida. Dans le second cas, il s'agit d'une tumeur intra-pelvienne avec trouhles fonctionnels portant sur le rectum, l'uretère, la vessie.

Le toucher rectal est le mode d'examen indispensable.

On étahlira le pronostic de ces tumeurs en vue de la grossesse, de la rupture, des accidents du spina hifida.

Le traitement est unique. Il faut extirper ces tumeurs, après résection du coccyx pour se donner du jour. Deux écueils se présentent : l'ouverture du canal rachidien, l'ouverture du canal intestinal.

CHIRURGIE DU RACHIS

Fracture de la colonne vertébrale.

A la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, n° 10, p. 113, 1897), **M. Briol** a présenté des pièces provenant d'une autopsie pratiquée dans le service de M. le Dr Baudrimont. Il s'agit d'un marin ayant fait une chute de huit à dix mètres dans la cale d'un navire. Dans cette chute, survenue le 1er février, vers cinq heures du soir, le blessé tomba sur une barrière en bois ; le corps fut violemment incurvé en arrière et à gauche, d'où fractures multiples de la colonne dorsale. En effet, on trouve, à l'autopsie faite le 4 février :

1° Un arrachement complet des apophyses épineuses des sept premières dorsales qui ont entraîné le ligament surépineux ;

2° Des fractures portant sur les deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième apophyses transverses du côté gauche, et les cinquième et sixième du côté droit ;

3° Un écrasement du corps de la cinquième dorsale, qui a éclaté à la partie antérieure en trois fragments ;

4° La moelle est rupturée dans ses deux tiers antérieurs ; le tiers postérieur n'est pas déchiré et est recouvert par les méninges en bon état.

De plus, en ruginant les os, on découvre un grand nombre de petites fractures qui ont échappé à un premier examen superficiel.

Le fragment inférieur du rachis a basculé en avant et refoulé la moelle en la comprimant.

Le symptôme principal présenté par le malade, en outre de la paraplégie et de la constriction des sphincters, était une dyspnée extrême telle que l'on a pu croire que le malade serait emporté dans une crise d'asphyxie.

Ces pièces sont intéressantes en raison de la violence du traumatisme dont il y a peu d'exemples semblables, en raison aussi de la multiplicité des lésions.

M. Chipault (*Gaz. des Hôp.*, p. 197, n° 21, 1897) expose le but et la technique de la thérapeutique qu'il a instituée pour le traitement des déviations vertébrales. Il a voulu :

1° Substituer à la déviation lente de la déviation, sa réduction extemporanée ;

2° Assurer l'immobilité de la colonne vertébrale, réduite en bonne position, non seulement par la fixation du malade sur un appareil orthopédique choisi, mais encore en faisant précéder cette fixation d'une fixation opératoire réalisée à l'aide du laçage au fil d'argent des apophyses épineuses correspondant à la partie lésée.

L'essentiel de la méthode consiste dans la fixation en bonne position des vertèbres correspondant à la gibbosité réduite par des ligatures d'argent au fil d'argent des apophyses épineuses.

Cette méthode, méthode des ligatures apophysaires, repose aujourd'hui sur un ensemble imposant d'observations qui permettent de poser les conclusions générales suivantes :

1° La substitution de la réduction en un temps sous chloroforme à la réduction lente, et la substitution de l'immobilisation par les ligatures et les appareils orthopédiques à l'immobilisation par les appareils orthopédiques seuls, sont justifiées dans un certain nombre de déviations rachidiennes ;

2° Ces déviations paraissent être les suivantes :

a) Certains cas de gibbosités traumatiques réductibles, c'est-à-dire récentes, ou hallantes, cette dernière variété étant excessivement rare ;

b) Bon nombre de cas de gibbosités orthopédiques ; — peut-être les torticolis par arthrite rhumatismale et les cyphoses cervico-dorsales par rhumatisme ankylosant à la période réductible — peut-être quelques scolioses graves, mais réductibles — certainement les cyphoses rachitiques qui se trouvent dans les mêmes conditions — certainement les cyphoses pottiques non ankylosées lorsqu'elles sont petites ou moyennes et sans complications — peut-être un certain nombre d'autres cyphoses pottiques non ankylosées.

Les déviations vertébrales ankylosées, quelle qu'en soit la cause, sont toutes, jusqu'à plus ample informé, en dehors du cadre de notre méthode.

LES LIVRES

Librairie Masson et Cie.

Traité élémentaire de Clinique thérapeutique, par le Dr Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition, revue et augmentée. 1 vol. grand in-8° de 1154 pages. Prix : 15 fr.

Ce traité de clinique thérapeutique a rencontré auprès des médecins et des étudiants un accueil inespéré, puisque la première édition a été épuisée en moins de deux ans; aussi l'auteur a-t-il considéré comme un devoir strict d'apporter à cette nouvelle édition toutes les améliorations que son expérience et celles des autres lui ont suggérées. Toutes les parties de l'ouvrage ont été l'objet d'une revision attentive et il n'est pas une page, pour ainsi dire, où des modifications de forme ou de fond n'aient été apportées ; le chapitre des dyspepsies chimiques en particulier a été presque entièrement refondu.

D'autre part, de nombreux chapitres nouveaux ont été ajoutés; signalons d'abord celui qui est consacré à la diphtérie et qui était rendu nécessaire par l'application de la sérumthérapie, postérieure à la première édition; citons, parmi les autres, ceux consacrés au traitement de l'embarras gastrique, de l'entéralgie, de la péritonite tuberculeuse, de l'œdème pulmonaire, des asphyxies, de l'asystolie, des

néphrites aiguës, des albuminuries, des névroses traumatiques, du typhus exanthématique, des streptococcies, des oreillons, de l'actinomycose, de la rage, du scorbut, de la leucémie, des empoisonnements, etc. En outre les praticiens seront heureux de trouver dans cette seconde édition un important appendice consacré à la *liste des médicaments les plus usuels avec l'indication de leur mode d'emploi et de leur dosage.*

Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine Dubois.

Hygiène et traitement curatif du diabète, par le Dr E. Monin. Prix : 3 fr.

Ce volume, que son format, son style et son prix mettent à la portée de tous, constitue l'un des grands succès de la *Petite Encyclopédie médicale*, publiée par la Société d'Editions scientifiques de la rue Antoine-Dubois. Le *Traitement du Diabète* doit être envisagé comme le bréviaire du diabétique et le catéchisme préventif de celui qui désire éviter un mal, aujourd'hui trop répandu !

J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Précis iconographique des fractures et luxations, du professeur Helferich, édition française par le docteur Paul Delbet. Un volume in-16 de 324 pages, avec 64 planches coloriées, cartonné, 14 fr.

Les tumeurs cérébrales, par le docteur Auvray, prosecteur des hôpitaux de Paris. Un volume gr. in-8 de 466 pages avec figures, 8 fr.

Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

ESSAIS DE PATHOLOGIE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE RATIONNELLES

Des origines épidémiques considérées au point de vue bactériologique et philosophique, par le docteur H. Boucher, licencié en droit. Un volume in-8° de 240 pages. Prix : 3 fr. 50.

G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

Traité de Thérapeutique et de Matière médicale, par Victor Audhoui, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris. Un beau volume in-8° de près de 1200 pages. Prix broché : 16 fr.

Cet ouvrage, fondé sur la définition rigoureuse et la classification scientifique des actions médicinales actuellement déterminées, a été écrit, autant pour l'instruction des élèves et la préparation aux examens, que pour servir de memento et de vade-mecum aux médecins praticiens.

Il renferme, dans un ordre méthodique, et distinguées d'après leur caractère, soit rationnel, soit empirique, les médications anciennes et modernes les plus célèbres, ainsi que les médicaments nouveaux et les méthodes de traitement les plus récentes.

Il contient, en outre, les principes de la Nosologie, de la Prophylaxie et de la Pharmacologie.

Enfin une Bibliographie raisonnée complète ce Traité de de thérapeutique, où se trouvent résumés les éléments de la matière médicale, et inscrites les formules des compositions officinales et magistrales généralement usitées.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de chirurgie.

Voici le sujet de la composition écrite : *Région parotidienne ; les phlegmons du plancher de la bouche.*

COURS PRIVÉS GRATUITS

Hôpital international (11, rue de la Santé.)

M. le professeur Hoffa (de Wurtzbourg) pratiquera mardi prochain 23 mars à l'hôpital international, dans le service de M. Bilhaut, la cure chirurgicale de la luxation congénitale de la hanche d'après sa méthode.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS PÉRI-PHARYNGIENS

Toutes les suppurations de la bouche et de l'arrière-bouche peuvent, à un moment donné, et dans certaines conditions, provoquer des accidents septiques généraux. Mais souvent l'infection qui rayonne de la bouche s'arrête en route et détermine des lésions plus ou moins graves sur les groupes ganglionnaires du voisinage.

C'est à ce titre que se produisent les *abcès péri-pharyngiens*.

Ces abcès se divisent en trois classes :

1° Rétro-pharyngiens ; 2° latéro-pharyngiens ; 3° pré-pharyngiens.

A. Abcès rétro-pharyngiens.

De beaucoup les plus importants.

Causes. — Pathogénie.

On peut voir le tissu cellulaire rétro-pharyngien s'enflammer à la suite d'une simple propagation d'infection par continuité ou contiguïté de tissus, sans que l'appareil lymphatique soit en cause : ainsi, cela s'observe quelquefois dans mal sous-occipital, mal cervical, traumatismes ou ulcérations du pharynx ; mais cela est exceptionnel et l'on peut dire, en règle. que les abcès rétro-pharyngiens (ainsi que les abcès de la fosse ischio-rectale, de la fosse iliaque, etc.) sont des adéno-phlegmons frappant les ganglions lymphatiques prévertébraux et, secondairement, l'atmosphère celluleuse qui les enveloppe. Ces ganglions reçoivent les vaisseaux lymphatiques des cavités nasales, de l'amygdale, du pharynx et de l'oreille moyenne.

Ces adénites sont donc des adénites infectieuses : infectieuses d'ordre local et infectieuses d'ordre général.

D'ordre local : Toutes les lésions et ulcérations, quelle que soit leur nature, — plaies, contusions, corps étrangers, brûlures, herpès, érysipèle, excoriations banales quelconques, — qui siègent sur pituitaire, pharynx supérieur,

oreille moyenne, bouche, parotide, gorge, vertèbres cervicales, peut-être même visage et nuque.

D'ordre général : Rougeole, scarlatine surtout, mais aussi variole, diphtérie, varicelle, etc., toutes affections qui peuvent produire les suppurations non seulement par les troubles généraux qu'elles apportent à la santé du sujet, mais encore par les lésions quelles provoquent dans le pharynx. A noter parmi ces causes d'ordre général : tuberculose et syphilis qui peuvent, ou bien déterminer des adéno-phlegmons SPÉCIFIQUES rétro-pharyngiens — ce qui est rare pour la syphilis — ou bien mettre les ganglions en état de moindre résistance aux infections d'ordre suppuratif.

Bref, peuvent se voir à tout âge, mais frappent surtout enfants, enfants de 6 mois à 2 ans particulièrement.

Anatomie pathologique.

A. Volume.

Noisette, œuf de poule, quelquefois énormes.

B. Siège de la cavité purulente.

En arrière du plan des constricteurs pharyngiens.

En avant des muscles et aponévrose prévertébrale, à hauteur variable, d'où division en :

Supérieurs : Au-dessous d'apophyse basilaire (pharynx nasal).

Intermédiaires : Derrière la gorge (pharynx buccal).

Inférieurs : Entre quatrième et sixième vertèbres cervicales (pharynx laryngien).

L'adéno-phlegmon est toujours primitivement *latéral,* les ganglions étant *latéraux.*

C. Contenu de la cavité.

Pus qui est : 1° ou épais, jaunâtre, bien lié, de bon aloi ; 2° ou sanieux, brunâtre, fétide; 3° ou séreux, louche, avec grumeaux.

Evolution clinique.

Quatre types : Chronique, subaigu, aigu, suraigu.

Les adéno-phlegmons aigus sont de beaucoup les plus fréquents; c'est la forme ordinaire.

A. Forme aiguë.

1° DÉBUT.

Chez adulte, le début est ordinairement traînant et se fait par :

Douleur au fond de la gorge et sur les parties latérales du cou; de la *gêne* des mouvements de la tête; de la *dysphagie,* de la *toux;*

Du gonflement des muqueuses pharyngiennes et des parties latérales du cou.

Cette période de début porte le nom de *période angineuse.*

Chez enfant, le début est ordinairement bien plus rapide, souvent foudroyant par fièvre, céphalalgie, frissons, vomissements, convulsions, délire.

2° PÉRIODE D'ÉTAT.

On regarde alors et on voit une voussure asymétrique sur paroi postérieure du pharynx.

On touche et on sent empâtement phlegmoneux, dur, autour duquel il y a zone d'œdème, mou.

Au point de vue fonctionnel.

Le malade dont la déglutition est gênée :

Avale de travers.

Laisse tomber salive, mêlée à mucosités inflammatoires en dehors de la bouche.

Si c'est un enfant, il prend le sein, mais se rejette aussitôt en arrière, tousse et rejette le lait par le nez.

Fièvre augmente et douleur devient lancinante.

3° PÉRIODE DE SUPPURATION.

Frissons indiquent bientôt la suppuration ; alors tous les symptômes fonctionnels augmentent.

Respiration : Gênée par obstruction mécanique et œdème ary-épiglottique, d'où dyspnée, orthopnée, qui produit mouvements respiratoires forcés et bruyants (glougou), détermine sifflement inspiratoire et augmente par pression sur le cou, passage des aliments, exploration médicale, etc.

Chez enfants, accès de suffocation surviennent par instants.

Cette dyspnée n'existe pas quand l'abcès siège à la partie supérieure du pharynx, mais alors impossibilité de respirer par le nez.

Toux : Peut manquer, mais elle est ordinairement fréquente, douloureuse, quelquefois croupale, métallique; quelquefois hoquet.

Voix : Plus ou moins éteinte, rauque, nasonnée, affaiblie.

Attitude : Cou raide, inflexible. Tête renversée en arrière ou latéralement. Quelquefois, bouche reste béante.

Examen du malade.

A la vue : La paroi postérieure du pharynx est asymétrique, violacée, écarlate, ecchymotique.

Au toucher : Il existe une saillie tendue, chaude, douloureuse, fluctuante au centre, dure à la périphérie, œdémateuse tout autour. Plusieurs moyens de percevoir fluctuation.

1° Avec l'index, appuyer sur la tumeur qui réagit et dont le pus produit un véritable choc en retour ;

2° Pendant que l'index d'une main explore la tumeur, presser de l'autre main sur les parois latérales du cou ;

3° Introduire les deux index dans la bouche.

Tout le cou est douloureux à la pression, surtout au niveau du cartilage thyroïde, qui est comme projeté en avant dans les abcès inférieurs.

Comme état général, on observe tous les symptômes d'une vaste suppuration avec ceux d'une asphyxie croissante.

(*A suivre.*) X. Y.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. des ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU.**

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Indications thérapeutiques dans les affections de l'appareil lacrymal (1).

Par le Dr Albert Terson, chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu.

1° Larmoiement. — Le larmoiement peut coexister avec un catarrhe du sac, avec un rétrécissenent ou reconnaître des causes qui n'ont pas comme origine la muqueuse des voies lacrymales.

On commencera par presser sur la région du sac lacrymal pour tâcher de constater la sécrétion refluante. On examinera ensuite à fond la conjonctive et la cornée pour voir si elles n'ont aucune affection chronique (trachome). On vérifiera la réfraction et on s'informera avec soin de l'état des fosses nasales, de la houche, enfin on pensera au système nerveux (hypersécrétion). La *dilatation* simple du point lacrymal et du canalicule avec le stylet conique ou une simple épingle et la sonde *olivaire* progressive, préférable aux divers dilatateurs, suffit quelquefois : mais le plus souvent l'*incision* du canalicule sera utile.

On la fera ordinairement très étroite, la réduisant à la *sphinctérotomie* du point lacrymal inférieur. Pour le point supérieur, qu'on choisira de préférence, pour lutter contre les infections, tandis qu'on opérera le point inférieur pour le larmoiement, on pourra faire une incision plus large. On évitera toujours la section totale si mutilante et si banale du canalicule inférieur, qui le transforme en une rainure désormais inutile. Une petite incision faite, en dirigeant le *tranchant vers l'œil* de l'opéré, et en tirant fortement sur la paupière inférieure, est la meilleure. On l'agrandira un peu en cas d'ectropion. Le couteau de Weber *droit* la réalise aisément et est préférable à de petits ciseaux houtonnés.

C'est après ces précautions qu'on procédera au cathétérisme *explorateur* (1) pratiqué, après dilatation ou très petite incision oblique du point inférieur, avec une sonde olivaire n° 2, qui expose beaucoup moins aux fausses routes que de plus fines et qui permet déjà d'avoir une notion sur le rétrécissement. Si l'on trouve une hlennorrhée ou un rétrécissement, on les traitera comme il est dit plus loin. Quelquefois une sorte de spasme et de rétrécissement de l'ampoule est la seule cause du larmoiement, rapidement guéri par la canalisation.

Le cathétérisme comprend trois temps : Après l'attraction de la paupière, tendue avec l'index de la main gauche, on introduit dans le point *supérieur* ou *inférieur*, dilaté ou incisé, l'extrémité de la sonde *flambée* que l'on enfonce, sans *cesser de tendre le canalicule*, jusqu'à ce qu'elle bute contre la paroi ostéomuqueuse. On relève alors la sonde et on l'enfonce,

(1) Extrait du tome V (sous presse) du *Traité de chirurgie* dirigé par MM. Le Dentu et P. Delbet. Paris, J.-B. Baillière, éditeur.

(1) L'*injection* est un moyen grossier d'exploration des voies lacrymales, excepté s'il y a une ulcération externe : comme pour l'urèthre, l'explorateur à boule (ici la sonde olivaire) permet d'apprécier la perméabilité, les rétrécissements et les ressauts par les sensations que peut seule donner au doigt une tige flexible.

suivant la direction habituelle du canal, de haut en bas, d'avant en arrière, de dedans légèrement en has et en dehors. Chez les sujets dont les yeux sont très écartés, la direction peut être verticale, ou, exceptionnellement, inféro-interne. On évitera de développer trop de force dans le cathétérisme, sous peine de déchirures muqueuses et on évitera systématiquement de faire une injection, après un cathétérisme forcé. Des *phlegmons de l'orbite*, des *infiltrations* des paupières, la *méningite* même, ont été observés et pourraient être la conséquence de cette manœuvre illogique. On priera le malade de ne point se moucher pendant 1 à 2 heures, pour éviter l'*emphysème* des paupières.

En principe, *tout point lacrymal que l'on voit* sans toucher à la paupière n'est pas à sa place, est légèrement éversé, éversion accrue encore par toute contraction de l'orbiculaire dont l'axe fonctionnel est déplacé et qui n'a plus son fonctionnement régulier. La *sphinctérotomie* lui est donc applicable, de même que l'opération de Walton (excision d'un lambeau conjonctival). On traitera les causes accessoires (dents, nez, réfraction) ou une affection du système nerveux (tabès, maladie de Basedow, hystérie, névroses) : on pratiquera des sondages tous les deux jours jusqu'à ce qu'on puisse passer facilement le n° 3. On évitera des numéros plus forts, inutiles contre le larmoiement pur.

Si l'on constate la moindre atonie de l'orbiculaire, on n'hésitera pas à l'électriser régulièrement. Dans certains cas, l'atonie ou même la parésie de l'orhiculaire est telle qu'on doit pratiquer certaines opérations complémentaires (tarsorraphies internes, excisions de lambeaux cutanés par les procédés de Weher). Enfin, si, comme cela s'observe dans plus du tiers des cas de larmoiement simple, on n'arrive qu'à un résultat médiocre, on recourra, dès que l'usage des sondes du n° 3 aura été prolongé pendant plusieurs semaines, à l'extirpation de la glande palpébrale.

Dans les cas de *larmoiement hypersécrétoire*, après avoir essayé les sédatifs et les hyposécrétoires (atropine), on en viendra à la *même opération*.

2° Blennorrhée. — On s'occupera ici exclusivement du catarrhe sans s'inquiéter du larmoiement : le cathétérisme permettra de reconnaître un *rétrécissement* ou son absence, en même temps qu'une *dilatation* du sac. Alors un traitement nasal est institué et on recommandera au malade la *compression digitale*, l'*évacuation* fréquente du pus et l'aspiration forte et répétée par le nez. (Maréchal.)

On pratiquera la *dilatation progressive* et l'antisepsie des voies lacrymales. Si la dilatation est facile, on lui joindra les injections et même les *irrigations* avec ou sans canule creuse (de Wecker) et une seringue aseptisée par l'éhullition.

Le *nitrate*, à toutes doses, de 1/50 à 1/000, suffit presque à tout ; le permanganate, le sulfate de zinc, sont plus rarement utiles. En plaçant préalablement un peu de vaseline dans le cul-de-sac conjonctival, on évite toute irrigation conjonctivale.

Le sublimé et la plupart des autres antiseptiques sont irritants et n'ont pas l'action *élective* du nitrate sur la muqueuse enflammée.

Si la dilatation est difficile, on pourra faire la stricturotomie avec le couteau de Weher ou de Stilling, cathétérisme tranchant à pratiquer par le point *supérieur*, suivi rapidement des sondages réitérés avec les sondes n° 4 et avec la sonde conique de Weber, qui peut réaliser la *divulsion* de certains rétrécissements. Enfin, après ces moyens prolongés, ou la guérison sera ohtenue, ou il restera une sécrétion rehelle. Dans ces cas-là, on pratiquera de temps à autre des instillations au nitrate d'argent à 1/20 avec une seringue graduée et une canule courbe. Ces moyens réussiront presque toujours tôt ou tard s'il n'y a pas un degré très grand de dilatation du sac et si on empêche la réinfection nasale. Sinon, on pratiquera par le point supérieur avec une petite curette fenêtrée, d'un volume et d'une courhure appropriés, le *curettage par les voies naturelles* sans incision cutanée (Tartuferi, Terson père, Sichel fils), qu'on pourra répéter plusieurs fois s'il est insuffisant et auquel on combinera tous les moyens antiseptiques pour éviter les occasions de réinfection. Il s'agit d'un véritable *écouvillonnage* qu'il faudra faire légèrement pour éviter l'atrésie, et horner au sac et au canal nasal, *sans racler les canalicules*. Si la dilatation est *très accentuée*, après avoir rapidement constaté l'insuccès fréquent des méthodes précédentes, on n'hésitera pas à pratiquer le *curettage par voie externe* (Mandelstamm, Despagnet), et à lui comhiner les *grosses sondes* avec introduction des mèches antiseptiques et irrigations externes.

Le curettage externe, et la *thermocautérisation* (Fonseca, Chalot, Panas), nécessitent l'incision du sac par la voie cutanée (J.-L. Petit) *verticale* (et non ohlique), pour éviter tout ectropion. La traction de la commissure externe met en évidence la paroi antérieure du sac, harrée en haut par le tendon saillant de l'orbiculaire. Dans les cas rehelles, on pourra

sacrifier le tendon (Panas) sans danger ultérieur, pour pouvoir curetter et cautériser jusqu'à l'*unguis* le cloaque suppurant. On évitera, par les mèches iodoformées longtemps prolongées, toute cicatrisation prématurée, qui pourrait enfermer une suppuration récidivante. L'innocuité de ces interventions, en apparence menaçantes, est complète, et, quoi qu'on en puisse penser *a priori*, la cicatrice est rapidement imperceptible, si l'on n'a pas eu affaire à une fistule ancienne ayant érodé la peau. L'oblitération complète des voies lacrymales est souvent obtenue par la cautérisation.

On réservera la pâte de Canquoin pour les cas décidément rebelles.

La dacryocystite *congénitale* est justifiable pendant quelques mois de la simple compression digitale répétée avec instillation consécutive de nitrate à 1 0/0, qui peuvent amener la guérison. Sinon, on en viendra, sous le chloroforme, à des sondages. Le cathétérisme rétrograde proposé sera bien rarement praticable.

Les clous, canules et sondes à demeure, le drainage par un séton (Méjean), l'excision et l'oblitération des points lacrymaux (Bosche, Velpeau) seront abandonnés. Le curettage avec implantation d'un os décalcifié de crapaud (Guaita), *l'électrolyse* (Gorecki, Lagrange), ne paraissent pas avoir un avantage marqué sur les autres procédés. On évitera les sondes en celluloïde et en laminaire, qui exposent à de réels dangers.

3° Dacryocystite enkystée. — Dans ces cas-là, que le contenu du sac soit glaireux ou qu'il soit purulent, lorsqu'on a vérifié que tout reflux, nasal ou conjonctival, est impossible et si l'évacuation du sac par incision n'a pas rendu le cathétérisme possible, on n'hésitera pas à pratiquer l'*excision* partielle ou totale du sac que l'on dissèque comme un kyste. On terminera l'opération en arrivant sur l'*unguis* où la muqueuse est indissèquable par le raclage avec la curette tranchante et la thermocautérisation. On pourra quelquefois tenter la réunion primitive avec la soie, mais ordinairement, on mettra des mèches iodoformées jusqu'à cicatrisation totale. On n'en viendra pas plus ici qu'ailleurs, à la création de *nouvelles voies* osseuses, méthode définitivement condamnée.

4° Dacryocystite phlegmoneuse. — En présence du phlegmon (à moins que le pus ne soit pas bien formé, auquel cas on ferait des séances de compresses chaudes qui amènent quelquefois la *résorption totale*), on pratiquera l'incision du sac au point culminant de l'abcès par la peau. Ouvrir par la conjonctive et les points lacrymaux, vu le gonflement et la torsion des canalicules, expose aux fausses routes et aux inoculations orbitaires. On s'asbtiendra, le jour même, de toute autre opération. On mettra une fine mèche de gaze qui guidera le pus et on appliquera un pansement antiseptique humide à mouiller toutes les heures avec de l'eau boriquée froide et qu'on changera fréquemment pendant deux ou trois jours. Puis, après avoir nettoyé l'abcès par une irrigation, on cautérisera à fond le foyer lui-même avec le crayon de nitrate d'argent et on pansera antiseptiquement. Le lendemain, on enlèvera avec une pince la petite eschare formée, et les jours suivants, on pratiquera par les points lacrymaux le cathétérisme avec des sondes n°s 2 et 3. Ce cathétérisme est en général très facile, car, à l'encontre de ce que l'on pourrait penser, on trouve *rarement un rétrécissement*, le phlegmon étant le fait d'une *simple poussée inflammatoire* surajoutée. On panse à plat, dès qu'on a pu passer les sondes: la fistule se ferme en général très vite *avec des voies lacrymales conservées* et la cicatrice est inappréciable.

5° Fistule. — Si elle est récente, le cathétérisme par les points, et jamais par la fistule, la guérira rapidement. Si la fistule est rebelle ou le cathétérisme impossible, la destruction au thermocautère, ou en cas d'insuccès, par un petit vermicelle de pâte de Canquoin, laissé en place pendant 2 heures, guériront presque tous les cas. On fera, dans certaines fistules ne donnant que du liquide lacrymal, sans pus, l'excision de la fistule, avec déplacement autoplastique des parois environnantes, et sutures, et en cas d'insuccès, la cautérisation précédente.

On pensera toujours à la possibilité d'une *ostéopériostite syphilitique*, justiciable seulement d'un traitement antisyphilitique intensif, et à l'*actinomycose*, où l'iodure à hautes doses rend des services.

On pratiquera l'ablation de la glande *palpébrale*, dans tous les cas *s'il reste du larmoiement*. après *tarissement complet* de toute sécrétion purulente ou muqueuse. En cas d'insuccès de cette opération, on pourrait penser à l'ablation de la glande orbitaire, mais elle peut ne pas réussir, le larmoiement persistant pouvant tenir, soit à une ablation incomplète de la glande palpébrale, soit à la sécrétion excessive des glandes lacrymales conjonctivales.

C'est surtout au *traitement général* (scrofule, tuberculose), au traitement *nasal* et *dentaire*, qu'il faudra

s'adresser pour guérir les fistules et les suppurations ayant résisté aux moyens précédents; les cures d'eaux minérales et le séjour au bord de la mer sont alors souvent indiqués.

Si l'on revoit d'un coup d'œil l'ensemble du traitement des affections lacrymales, on est obligé de convenir que le progrès actuel est, avant tout, dû à un *éclectisme systématique* dans les procédés employés, à un usage plus fréquent des *opérations sur les organes sécréteurs*, enfin, à des notions plus précises sur la *source*, le *mode de propagation de l'infection* et de la *réinfection microbiennes*, et le *rôle très important du terrain*, comme nous l'avons vu en étudiant la pathogénie des dacryocystites.

CHIRURGIE PRATIQUE

Une épingle à cheveux dans le vagin d'une fillette de quatre ans. — Extraction.

Par le Dr Paul Fabre (de Commentry), membre correspondant de l'Académie de médecine.

On sait combien variée est la liste des objets que les chirurgiens ont eu à extraire du vagin, en dehors des pessaires et des divers objets de pansement oubliés ou laissés par négligence dans cette cavité. Le Dr Poulet en a dressé une longue liste forcément incomplète. Le fait suivant mérite d'être rapporté, surtout à cause de l'âge de l'enfant et des difficultés spéciales que l'on devait avoir pour retirer une épingle à cheveux de son vagin.

Un de ces soirs d'hiver, à huit heures, on m'amena une fillette de quatre ans qui avait une épingle à cheveux introduite dans son vagin.

Cette enfant était depuis longtemps tourmentée par des oxyures, qui venaient se promener de son anus jusqu'à sa vulve. La mère avait pris l'habitude, avant de coucher sa fille, de faire la chasse à ces émigrants en se servant de la partie arquée qui unit les deux branches d'une épingle à cheveux. Un jour vint où la mère, occupée d'autre part, mit son enfant au lit sans procéder à sa chasse habituelle. Mais la fillette, qui trouva l'épingle à sa portée, voulut, me raconta-t-on, réparer l'oubli, sinon la négligence, de sa mère. Elle eut la maladresse d'introduire l'épingle trop loin et de la laisser s'échapper. Après quelques essais d'extraction restés sans résultat, la mère épouvantée m'apportait son enfant, escortée d'une de ses tantes.

Le côté mousse, convexe, de l'épingle était au fond du vagin. Une des extrémités libres se trouvait vers l'orifice de la vulve, à peu près au niveau de la fourchette et un peu à gauche. Mais l'autre branche était venue arc-bouter sa pointe derrière le pubis. Après une lotion légère au sublimé, j'essayai d'abord de saisir la pointe inférieure à l'aide d'une pince à arrêt. Mais dès que je voulais introduire mon petit doigt (enduit de vaseline iodoformée) pour aller à la recherche de l'autre branche, les mors de la pince lâchaient. J'essayai successivement un *speculum auris* ordinaire, un *speculum nasi* de Duplay, mais en vain. Je pris même un des otoscopes de Toynbee (le plus petit) pour emmancher la branche inférieure, mais la présence du pavillon empêchait ensuite les manœuvres destinées à aller décrocher la pointe supérieure.

Mal secondé par la mère et la tante de l'enfant éplorées, mal éclairé, pressé d'autre part de monter dans la voiture attelée qui m'attendait pour me conduire prés d'un mourant, je laissai de côté tous les instruments inutiles. Voici comment je réussis à enlever l'épingle : me plaçant à la gauche de l'enfant tenue sur les genoux de sa mère, j'introduisis mon auriculaire de la main gauche sous celle des pointes de l'épingle qui se trouvait près de l'orifice de la vulve. J'arrivai à maintenir cette pointe vers mon éminence hypothénar, tandis que, contournant la paroi droite du vagin avec l'extrémité unguéale de mon doigt, j'allais embrasser la branche supérieure de l'épingle que je rapprochai (un peu de force et au risque d'érailler la muqueuse) de la branche déjà fixée. L'enfant cria, se débattit légèrement mais fut rapidement délivrée de son corps étranger. Mon doigt ressortit à peine teinté en rose. Puis plus rien. L'épingle mesurait 6 centimètres de long, les branches étant accolées. Un bain de siège, des cataplasmes émollients arrosés d'eau boriquée sur le bas-ventre et descendant assez pour recouvrir le périnée furent conseillés pour la nuit. L'enfant urina facilement de suite. L'urine était normale. Et le lendemain on me ramenait la jeune imprudente toute guillerette, n'éprouvant pas la moindre douleur, ne présentant aucun symptôme insolite, guérie, en un mot.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 mars.

Pathogénie de l'appendicite.

Tant à l'Académie de médecine qu'à la Société médicale des hôpitaux, la discussion continue sur la pathogénie de l'appendicite. Nous reviendrons dans notre prochain numéro sur cette question dont s'est récemment occupée la Société de chirurgie.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

M. le professeur **A. Hoffa** (de Wurzburg). — Le traitement de cette affection a tout d'abord été entrepris par les chirurgiens français qui nous ont tracé la voie : qu'il me suffise de rappeler les noms de Guérin et de Pravaz.

Comme vous le savez par les communications antérieures de nos collègues Broca, Kirmisson et Bilhaut, ma méthode consiste dans une opération sanglante qui a pour but de réduire, dans la cavité cotyloïde, creusée à la gouge, la tête fémorale déplacée. Au début, j'abordais l'articulation par la partie postérieure, au moyen de l'incision de Langenbeck : mais depuis que Lorenz a fait voir l'importance de la conservation des muscles pour le fonctionnement ultérieur de l'articulation, j'ouvre maintenant l'articulation par une incision longitudinale antérieure se dirigeant de haut en bas à partir du bord antérieur du grand trochanter sur une étendue de 5 à 7 centimètres. Après incision de la peau et du fascia lata, je pénètre entre le tenseur du fascia lata et le moyen fessier et arrive directement sur la capsule articulaire ; celle-ci est incisée dans la direction du col du fémur. Par la rotation en debors du fémur, j'arrive directement dans la cavité cotyloïde, que l'on peut convenablement agrandir, en creusant l'os, suffisamment épais à cet endroit. Ceci fait, je réduis la tête fémorale dans la nouvelle cavité et l'opération est terminée. Je ne fais jamais de suture, me contentant de tamponner la plaie avec de la gaze stérilisée et j'applique un appareil plâtré.

Comme toute autre opération de cette importance, celle-ci expose aussi à quelques dangers. Jusqu'ici j'ai opéré 190 cas avec 6 cas de mort, qui sont tous survenus dans la première série de mes opérations, alors que j'étais dans la période de tâtonnements et d'essais. Dans la série de mes 100 derniers cas, j'ai eu à déplorer la mort d'un seul opéré, il s'agissait d'un enfant de 13 ans chez lequel la réduction de la tête du fémur offrit de grandes difficultés et les manœuvres entraînèrent une infection de la plaie.

La condition essentielle du succès est une asepsie absolument parfaite : si on peut l'obtenir, cette opération doit être considérée comme sans danger, d'après mon expérience actuelle. La mobilité complète de l'articulation ne sera obtenue qu'au prix de l'asepsie complète ; s'il y a suppuration, il surviendra facilement des ankyloses. C'est pourquoi je recommande le tamponnement de la plaie qui prévient la suppuration ou empêche qu'elle ne s'étende. Parmi mes cent derniers cas, je n'ai eu que trois fois de la raideur du membre inférieur ; d'ailleurs, l'ankylose de la hanche, dans une bonne position du fémur, ne doit pas être considérée comme un résultat très fâcheux, car les enfants arrivent à circuler très bien avec une articulation immobile mais solide.

Quels résultats pouvons-nous attendre d'une opération bien réussie? Ce serait une illusion de croire que l'opération la mieux réussie puisse rétablir des rapports absolument normaux.

Bien que l'articulation soit rétablie avec une cavité cotyloïde suffisante, les malformations de l'extrémité supérieure du fémur n'en persistent pas moins. La tête fémorale est aplatie, le col manque souvent complètement et. au lieu de former un angle obtus avec le corps du fémur, il forme un angle droit. C'est ce qui explique la persistance d'une légère diminution de longueur du membre malade.

Pour obtenir un fonctionnement satisfaisant de l'articulation, il faut encore fortifier les muscles fessiers ; plus ils seront développés, plus la démarche sera favorisée.

Voici donc les résultats que nous pouvons obtenir par cette opération :

Dans la luxation *unilatérale* nous supprimons le raccourcissement du membre qui est attribuable à la situation anormale de la tête fémorale au-dessus du cotyle, et il ne subsiste que la diminution de longueur due à la direction anormale du col du fémur. Nous donnons à la tête fémorale un solide point d'appui sur le bassin et nous rétablissons les conditions de fonctionnement des muscles fessiers dont les fibres ont repris leur direction normale. En fortifiant ces muscles par le massage et une gymnastique rationnelle, nous obtenons des résultats définitifs très satisfaisants. La légère diminution de longueur du membre est compensée par une inclinaison à peine sensible du bassin et les enfants finissent par marcher si bien que l'observateur non prévu a souvent peine à reconnaître quel est le membre opéré.

Dans la luxation double, l'opération supprime la lordose exagérée, elle réduit au minimum la démarche vacillante, elle rétablit la position normale des jambes ; enfin, elle permet une abduction beaucoup plus grande.

Quant à la durée du traitement nous pouvons dire qu'en général, au bout d'une semaine, le tamponnement de la plaie peut être supprimé : on pourra enlever l'appareil plâtré au bout de six semaines; pendant deux mois encore on fera du massage et de la gymnastique de l'articulation, puis l'enfant peut être abandonné à lui-même. Pour la luxation unilatérale, il faudra des soins pendant quatre mois environ, pour la luxation double, pendant six mois. Après qu'on a enlevé l'appareil plâtré, il n'est pas besoin d'employer aucun appareil orthopédique.

Je puis me déclarer satisfait des résultats que j'obtiens actuellement, car, dans ma dernière série de 44 cas opérés avec ma nouvelle technique, je n'ai pas observé une seule récidive; dans deux cas seulement les mouvements étaient un peu limités, dans aucun cas je n'ai eu de position vicieuse par contracture ni d'arthrite coxo-fémorale.

L'âge le plus favorable pour l'opération s'étend, à mon avis, de la troisième à la huitième année. La réduction de la tête présente des difficultés beaucoup plus grandes chez des sujets plus âgés. Nous recommanderons chez ces malades l'ostéotomie sous-trochantérienne de Kirmisson, dans le cas de luxation unilatérale; pour la luxation double je me sers d'un procédé que j'ai décrit sous le nom d'opération de la pseudarthrose. Il consiste à scier la tête fémorale déformée, puis à fixer au bassin l'extrémité supérieure du fémur.

Pour vous permettre de juger par vous-mêmes des ré-

sultats de ma méthode, je vous présente un de mes opérés, le seul Français que j'aie traité, et je vous prie de bien vouloir l'examiner. Il s'agit d'une petite fille de six ans qui est entrée à ma clinique le 1er octobre 1895 avec une luxation congénitale de la hanche gauche. Le trochanter dépassait de trois centimètres la ligne Nélaton-Roser. Pendant l'opération, qui eut lieu le 3 octobre, je trouvai la tête aplatie; le col du fémur est mal formé, l'angle qu'il forme avec le fémur est à peu près un angle droit. La cavité cotyloïde est plane. Réunion par première intention. Le 30 octobre nous commençons à faire du massage et de la gymnastique. Le 20 janvier l'enfant quitte la clinique.

Actuellement le résultat est une guérison idéale; l'articulation est absolument solide, avec une mobilité complète dans tous les sens. Le raccourcissement est d'environ 1 cent. 1/2. La démarche est excellente, sans trace de boiterie.

Pour terminer je vous présente une série de radiographies de Rœntgen qui sont intéressantes parce qu'elles permettent les unes de voir la luxation de la tête fémorale avant l'opération, les autres le rétablissement des rapports normaux après l'opération.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 mars.

Traitement de l'anus vulvaire congénital par transplantation périnéale.

Le Dr **Paul Petit** présente une petite fille de 10 ans opérée, avec succès, d'un *anus vulvaire congénital* par transplantation de l'orifice rectal en son lieu d'abouchement normal.

L'ampoule anale n'était même pas indiquée. Un peu au-dessus de la fourchette, s'ouvrait un orifice ovalaire, à bords saillants et assez rapprochés à l'état de repos, embrassé dans la concavité d'un hymen en forme de croissant, et qui donnait accès dans une ampoule rectale bourrée de matières dures comme du mastic. Cette ampoule s'incurvait légèrement sous le périnée dont elle était distante de deux centimètres et demi environ pour se continuer en haut à plein canal avec l'intestin.

L'enfant qui était, en même temps, atteinte d'incontinence d'urine, retenait incomplètement les matières liquéfiées ou siplement ramollies par les laxatifs. De plus elle était en imminence constante d'obstruction intestinale. Ces différentes raisons, jointes au légitime désir des parents d'avoir une fille plus aisément mariable, engagèrent l'auteur à mettre en œuvre le *procédé de transposition de Rizzoli* tout en lui faisant subir d'utiles modifications dans le mode de placement des sutures. Ayant fait une longue incision, très exactement médiane, partant de la fourchette pour aboutir un peu au delà de l'emplacement normal de l'anus (le coccyx n'existait pas), il passa, chemin faisant, au milieu du sphincter externe, tassé en un seul faisceau, et parvint sur le bord postérieur du rectum incurvé en haut et en avant. Introduisant alors l'extrémité de l'index dans l'orifice ano-vulvaire, il put aisément disséquer l'extrémité inférieure du rectum avec le *sphincter interne*, d'abord sur les côtés, puis, suivant la cloison recto-vaginale qu'il dédoubla jusqu'à ce que le segment antérieur de l'orifice pût se mettre facilement de niveau avec la peau. L'abaissement désirable fut encore facilité par une légère section pratiquée de bas en haut sur les faisceaux latéraux du releveur au niveau de leur insertion au rectum. Une incision verticale, assez profonde, dirigée en arrière, permit de loger l'ampoule rectale déroulée. Un premier point de suture fixa l'orifice à l'angle postérieur de la plaie et six autres points achevèrent de mettre étroitement en continuité la muqueuse et la peau tout en soudant, autant que possible, les deux sphincters l'un à l'autre. Le périnée fut suturé de la façon suivante : un point profond et médian, passant au-dessous de l'angle dièdre recto-vaginal, put assurer la réunion entre les deux ischions, malgré le peu de laxité des tissus à ce niveau et l'espace considérable résultant de la transposition du rectum. Au-devant de ce point, le plus profond, trois autres points de plus en plus superficiels, furent passés à travers les bords externes de la plaie et l'épaisseur de la paroi vaginale, le plus antérieur reconstituant la fourchette au-dessous de l'hymen. Enfin, trois points postérieurs, accrochant au passage la paroi rectale qui était notablement hypertrophiée, achevèrent la fermeture du périnée tout en y suspendant, pour ainsi dire, le rectum et venant ainsi en aide aux fils périanaux les plus antérieurs qui devaient être consécutivement les plus tiraillés. Suites très simples et réunion par première intention. L'anus anaplastique, constitué depuis un mois, a la forme actuellement d'une petite fente antéro-postérieure dont les bords sont bien appliqués l'un à l'autre à deux millimètres de profondeur environ. L'enfant retient très bien les matières, même liquides, et va spontanément à la garde-robe, ce qui ne lui était jamais arrivé. Remarque intéressante : l'incontinence d'urine a disparu quinze jours après l'intervention. Ainsi comprise, la *transposition du rectum* constitue le procédé quasi-idéal à opposer à la malformation en question. Mais il faut savoir que faute de libérer assez haut la paroi antérieure du rectum, d'assurer assez bien la réunion contre la rétraction consécutive de l'anus de néoformation et de bas en haut et d'arrière en avant, et, bien entendu, faute d'une asepsie suffisante, on peut s'exposer à un échec complet. Ainsi en fut-il dans un cas de Verneuil rapporté par Rovillain (Thèse de Paris, 1882) : toutes les sutures ayant cédé, l'orifice rectal remonta un peu plus haut qu'auparavant au fond d'un cloaque qu'il fut impossible de combler par deux opérations successives.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Le sérum de Marmorek.

Tandis qu'à la Société médico-chirurgicale du Brabant (*Presse méd.*, 20 mars 1897, p. CXXIV), **M. Laruelle** estime que, malgré le discrédit jeté sur la méthode de Marmorek, il y a lieu d'y recourir cependant, ce sérum pouvant être obtenu à l'aide d'un streptocoque plus virulent et, tandis que, parlant dans le même sens, **M. Morelle** relate un fait d'érysipèle guéri rapidement par l'injection de sérum antistreptococcique, **M. Courmont** vient, au contraire, à la Société de Biologie (*Comptes rendus hebdom.*, 19 mars 1897, p. 268) expliquer pourquoi ce sérum de Marmorek n'a pas donné encore en médecine les résultats espérés. Ce sérum, préparé avec un streptocoque provenant d'une angine et ayant acquis une virulence extrême pour le lapin, préserve bien le lapin contre ce même streptocoque, mais il ne l'immunise nullement contre les accidents de l'inoculation intraveineuse ou intrapéritonéale d'un streptocoque provenant directement de l'érysipèle de l'homme.

Le sérum de Marmorek échoue donc, non seulement sur l'homme, mais aussi sur le lapin, contre le streptocoque de l'érysipèle, bien qu'il puisse immuniser le lapin contre le streptocoque de Marmorek. Ou ces deux microbes sont deux espèces distinctes, ou les nombreux passages à travers le lapin ont éloigné le streptocoque de Marmorek de son type primitif. Je penche, dit M. Courmont, vers la première hypothèse, en raison des lésions différentes produites chez le lapin par ces deux microbes. Quoi qu'il en soit, il est indiqué de reprendre la question du sérum antistreptococcique destiné à l'homme, en partant d'un streptocoque de l'érysipèle et peut-être sans chercher à l'exalter outre mesure pour le lapin.

La greffe de corps thyroïde et de capsules surrénales dans les maladies de ces glandes.

M. Jaboulay. — L'idée de substituer un organe sain à un organe malade n'est pas une nouvelle : c'est elle qui a guidé Schiff, par exemple, dans ses tentatives de greffe de corps thyroïde dans le péritoine chez des animaux à qui il avait pratiqué la thyroïdectomie. C'est encore à la croyance que l'on avait de pouvoir ainsi remplacer les fonctions compromises ou supprimées par la maladie que l'on doit les méthodes de traitement du myxœdème par la greffe thyroïdienne ou l'ingestion de corps thyroïdes d'animaux et du goitre par la thyroïdine.

Nous avons nous-même employé, pour traiter l'hypertrophie diffuse de la thyroïde avec noyaux énucléables, la greffe directe de corps thyroïde d'agneau déposée aux lieu et place de la masse goitreuse enlevée. Cette greffe était certainement résorbée, suivant les lois qui régissent l'hétérogreffe. Et nous avons pu obtenir en huit jours une rétrocession complète des lobes latéraux augmentés de volume, après l'énucléation d'un noyau médian.

Dans des cas analogues qui nécessitent une intervention, au lieu de traiter l'hypertrophie restante par la voie indirecte de l'ingestion de produits thyroïdiens, on pourrait utiliser immédiatement la méthode directe qui vient hâter la rétrocession et l'atrophie goitreuse en ajoutant son action à l'action analogue bien démontrée aujourd'hui de l'opération même.

Nous nous sommes demandé, en présence des succès obtenus à l'aide de la thyroïdine et des produits du corps thyroïde dans le traitement des goitres, à l'aide aussi de la greffe directe de cet organe, si une méthode analogue ne pourrait pas être employée dans la thérapeutique des tumeurs thyroïdiennes malignes et si ces dernières ne seraient pas influencées par des produits issus de la transformation de la thyroïde en une néoplasie de nature différente. Mais nous n'avons rien observé d'utile après la greffe de goitre ordinaire et de corps thyroïde que nous avions faite à la surface de goitres cancéreux chez deux malades.

Il est curieux de constater que les bons effets de la substitution thérapeutique par la greffe des viscères ont été obtenus surtout et presque exclusivement pour les maladies du corps thyroïde, telles que le myxœdème et le goitre. La maladie d'Addison, par exemple, ne saurait être traitée par la greffe sous-cutanée de capsules surrénales. Cette greffe est, en effet, très dangereuse, pour ne pas dire mortelle. Nous l'avons employée à deux reprises chez des malades à qui nous avons inséré sous la peau de l'abdomen une capsule surrénale de chien, de chaque côté. et ces deux malades ont succombé vingt-quatre heures après, ayant présenté des symptômes identiques. de l'hyperthermie et de la prostation. L'opération avait été faite sous l'anesthésie locale. il ne pouvait être question de choc; d'autre part, il n'est guère admissible que les malades bronzés soient à ce point dépourvus de résistance ; il m'a semblé qu'il s'agissait ici d'une véritable intoxication. Cependant, cette greffe a été faite avec succès par les physiologistes qui disent être arrivés à prolonger la vie d'animaux au préalable décapsulés. Peut-être faut-il attribuer nos insuccès à la toxicité spéciale des capsules surrénales du chien. Mais on ne saurait oublier que l'altération des corps surrénaux chez nos malades les rendrait incapables de détruire, ainsi que c'est leur rôle, les toxines surrénales introduites par la voie du tissu cellulaire. Aussi convient-il de faire des réserves sur les méthodes de traitement de la maladie d'Addison qui auraient quelque analogie avec nos tentatives, malgré les encouragements que donnait en ce sens Brown-Séquard.

Voilà donc deux glandes vasculaires sanguines, la thyroïde et la capsule surrénale, l'une et l'autre indispensables à l'homme, dont la première peut être remplacée par son

homologue empruntée au mouton, et dont l'autre, lorsqu'elle est altérée, non seulement ne peut être suppléée par un corps surrénal de chien, mais est incapable de lutter contre les effets de cette greffe, laquelle, loin de guérir, empoisonne au contraire le malade plus sûrement que s'il avait eu des capsules surrénales saines.

(*Lyon médical*, 21 mars 1897, p. 399.)

Coloration des solutions antiseptiques.

G. Maurange (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 273, 21 mars 1897) fait à juste titre remarquer que le praticien s'éviterait de gros ennuis s'il tenait la main à ce que, dans aucun cas, les solutions antiseptiques ne fussent livrées sans addition de matière colorante. A cet égard surviendra certainement un jour l'intervention légale. L'idéal serait qu'une coloration uniforme fut adoptée universellement pour les antiseptiques usuels. L'eau boriquée, l'eau naphtolée non toxiques resteraient claires; le sulfate de cuivre, le permanganate de potasse, le lysol ont leur coloration naturelle. Le sublimé serait coloré en bleu ou vert bleu avec deux gouttes par litre de *bleu Nicholson* à 1/100 ou en vert bleu par cinq gouttes de *vert malachite* à 1/100.

L'acide phénique serait coloré en rose avec deux gouttes de *fuchsine* à 1/100 ou bien dix gouttes *d'éosine* à 1/100; l'oxycyanure de mercure en orange, par trois gouttes *d'aniline orange* à 1/20; le nitrate d'argent en jaune opalescent avec quatre gouttes de *fluorescéine* à 1/20.

Traitement de l'ostéomalacie.

Le traitement symptomatique, dit le docteur **Meslay** (*Gaz. des Hôp.*, p. 33, 20 mars 1897) trouve ici peu d'application; de tout temps, on a compris qu'il fallait s'attaquer à la cause même de l'affection et, suivant la théorie pathogénique adoptée, les auteurs ont tour à tour recommandé les substances les plus diverses. Trousseau, qui rangeait l'ostéomalacie dans le rachitisme, prescrivait l'huile de foie de morue. M. Bouchard, attribuant la dissolution des sels minéraux de l'os à l'acidité des humeurs, recommande les phosphates alcalins. Le phosphore a été donné dans un grand nombre de cas avec des résultats différents. Sternberg aurait obtenu quatre guérisons sur sept cas; Latzko, Gelpke, Schlesinger affirment ses bons effets. Latzko a expérimenté les inhalations de chloroforme et l'administration prolongée du chloral; mais nous avons vu que le succès n'est pas venu confirmer l'hypothèse pathogénique de Pétrone (une seule amélioration durable sur neuf cas). Malgré les quelques résultats obtenus par le traitement médical, le pronostic de l'ostéomalacie n'en était pas moins des plus sombres avant l'avénement de la thérapeutique chirurgicale, tandis qu'aujourd'hui le plus grand nombre des cas sont guéris ou améliorés. Ce changement doit être attribué à un de ces hasards heureux comme il s'en trouve parfois dans l'histoire de la médecine. En 1876, Porro (de Pavie), se plaçant simplement sur le terrain obstétrical, proposait de substituer à l'opération césarienne simple l'amputation de l'utérus et de ses annexes lorsque l'accouchement par les voies naturelles se trouvait rendu impossible par l'étroitesse du bassin; c'était, d'après l'auteur, le seul moyen de supprimer toute complication puerpérale. Cette opération amena des résultats inattendus, car lorsqu'on se contentait de l'incision utérine, la guérison était rare; avec le Porro, sur quarante-quatre femmes accouchées par cette méthode, il y ent vingt et une guérisons complètes avec retour de la solidité des membres. Aussi voit-on Sænger en 1884, Kleinwachter en 1886, et Sippel, conseiller cette intervention de laquelle ils ont retiré grand bénéfice.

En 1887, Fehling soutient qu'un résultat identique peut être obtenu plus aisément et avec moins de danger par la simple castration; de plus, il ne faut pas attendre que l'on ait la main forcée par un accouchement impossible; il faut intervenir chez les femmes en dehors de toute grossesse. Les travaux se multiplient bientôt : deuxième mémoire de Fehling, en 1888, publication de Hoffa, Truzzi, Sippel, Schauta, de sorte qu'en 1892, Kümmer peut réunir trente-huit cas favorables à la méthode de l'oopborectomie double. Lahusquière, dans une revue analytique, est amené aux mêmes conclusions.

Nous avons personnellement recueilli tous les cas que nous avons trouvés épars dans les revues; nous avons ainsi rassemblé 56 cas de Porro, avec 24 insuccès et 32 cas favorables; 70 castrations doubles avec 12 insuccès et 58 guérisons ou améliorations très notables. Il est certain que les échecs peuvent se rencontrer; Beaucamp en a publié un cas en 1893; la malade opérée par M. Tillaux a tout au plus bénéficié de l'intervention par la disparition temporaire des douleurs. Mais si l'on prend l'ensemble des cas sévérement contrôlés par Winckel, Truzzi, où les malades ont été revues longtemps après l'opération, il résulte bien de tous ces faits que c'est au plus si le chiffre des insuccès s'élève encore à 20 0/0; autrefois, c'était exactement le chiffre des guérisons.

CHIRURGIE DU THORAX

Diagnostic des tumeurs malignes primitives de la plèvre et du poumon.

Voici sur quels signes le docteur **G. Zagari** prétend établir le diagnostiç différentiel des tumeurs malignes primitives de la plèvre et du poumon (An. in *Arch. clin. de Bordeaux*, p. 140, mars 1897) :

1° Début insidieux; 2° faiblesse générale notable; 3° absence de fièvre; 4° douleur persistante, croissante; 5° œdème circonscrit de la poitrine; 6° développement plus considérable ou bien exclusif des ganglions lymphatiques d'un seul côté du thorax, et turgescence possible des veines sur la partie antérieure et latérale de ce côté; 7° sueurs et température plus élevée d'un seul côté du thorax; 8° anxiété respiratoire et oppression plus intense que ne peut le faire supposer la quantité de liquide [récolté par la ponction;

9° irrégularité de la distension de la cage thoracique, spécialement dans la région supérieure et antérieure de la poitrine; 10° espaces intercostaux ni saillants, ni dilatés; 11° matité complète, sans aucune élasticité, de bois, dans la région supérieure et antérieure du thorax; zones de matité voisines des zones de sonorité; 12° matité sur la poignée ou sur les côtés du sternum, ce qui indique non seulement le déplacement du médiastin vers le côté sain, mais encore l'irrégularité de ce déplacement; 13° bruit skodique sur la clavicule et sur le sternum; 14° souffle laryngo-trachéal très bien transmis dans les régions supérieures; 15° persistance des faits plessimétriques et acoustiques même après l'évacuation du liquide de la cavité pleurale; 16° ce liquide est riche en fibrine, très dense, hémorrhagique, avec éléments histologiques spéciaux à la néoplasie; 17° sensation particulière de pénétrer dans une masse épaisse, compacte, profonde, quand on enfonce l'aiguille dans le thorax; 18° piqûre sans effet ou bien formation rapide de l'exsudat; 19° déplacement du cœur et du foie ne correspondant pas à la quantité de liquide que l'on récolte.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Le cerclage de la rotule.

Voici comment **Félix Lejars** *(Presse méd.*, 20 mars 1897, page 125) décrit le *cerclage de la rotule* qu'il emploie dans les cas de fractures de cet os : Ouverture du genou par une incision arquée sous-rotulienne, évacuation du sang liquide et des caillots de la bourse pré-rotulienne et de la jointure. Puis on réunit les fragments : un fil d'argent est passé, de dedans en dehors, à l'aide de la mèche fenêtrée du perforateur Collin, par exemple, dans l'épaisseur du tendon du triceps, immédiatement au-dessus de la base de la rotule ; l'autre bout du fil traverse dans le même sens le ligament rotulien et après rapprochement et coaptation des fragments, les deux extrémités du fil « encerclant » sont tordues en dehors. Ce procédé, très simple et applicable à tous les cas, reconnaît surtout un certain nombre d'indications spéciales : 1° la petitesse du fragment inférieur; 2° l'état comminutif de la fracture. Le cerclage n'est bon que s'il remplit quelques « conditions nécessaires » : 1° le fil doit être gros, solide, malléable; 2° le fil, pour bien encadrer les fragments, doit traverser le tendon tricipital au contact même du bord supérieur de la rotule, et à égale distance des faces antérieure et postérieure du tendon; 3° avant de tordre en dehors les deux extrémités du fil, il faut bien adapter celui-ci au bord interne de la rotule. On termine en réunissant par un surjet de catgut les tissus fibro-périostiques pré-rotuliens.

La solidité de la réunion opératoire de la rotule légitime la levée hâtive de tout appareil ; on peut donc de bonne heure commencer les mouvements et le massage qui assurent l'un et l'autre au malade ce qui, mieux que les qualités du cal, lui permettra plus tard de bien marcher : un *bon triceps* et un *genou mobile*.

Pathogénie et traitement du pied bot congénital.

Après avoir exposé les théories qui prétendent expliquer la pathogénie du pied bot congénital, **MM. Courtillier** et **Durante** *(Gaz. hebd. de méd. et de chir.*. 21 mars 1897, p. 265) concluent des deux faits qu'ils rapportent et d'autres qu'ils ont étudiés, que la théorie nerveuse ou musculo-nerveuse s'adapte au plus grand nombre de cas. Les lésions osseuses et tendineuses sont secondaires : c'est dans la myélite fœtale et l'inertie musculaire consécutive qu'il faut chercher la lésion primitive. Ainsi les pieds bots congénitaux deviennent en grande majorité des pieds bots d'ordre paralytique. Il découle de ce qui précède qu'un traitement devra être institué dès la naissance, et, que si la difformité résiste au massage, en raison des déformations squelettiques et surtout de la rupture de l'équilibre musculaire entre antagonistes par inertie complète ou partielle de certains muscles, il faudra fixer le pied en bonne position par une intervention osseuse précoce. De ce fait que le corps de l'astragale a sa forme normale, il suit que l'astragalectomie est contre-indiquée chez l'enfant qui n'a pas marché. La résection osseuse se bornera à enlever la tête et peut-être le col de l'astragale, ainsi qu'une portion plus ou moins grande de la grande apophyse du calcanéum. Après avoir corrigé le varus, il faudra détruire l'équinisme par la ténotomie du tendon d'Achille et la flexion forcée du pied. Il sera prudent de s'assurer tout d'abord si le tendon est mobilisable avec les doigts dans le sens transversal, et, s'il ne l'est pas, on fera précéder la ténotomie de la section verticale des adhérences antérieures.

LES LIVRES

Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Le langage écrit, par le Dr P. Keraval grand in-8° de x-196 pages. — Prix : 7 fr. 50.

S'il existe des livres groupant, comme dans une galerie, un certain nombre des caractères écrits de l'humanité, il n'en est aucun qui se soit occupé du *langage écrit* chez tous les peuples, et à tous les âges. C'est cette lacune que le présent ouvrage est destiné à combler. Comment ?

Le Dr Keraval ne s'est pas simplement proposé de photographier des écritures, et d'en publier les tracés, en les accompagnant d'une interprétation, d'ailleurs souvent trop sèche dans les travaux auxquels nous faisions allusion plus haut.

Il s'est, pour ainsi dire, introduit dans les cerveaux mêmes des représentants de l'humanité, à tous les âges du monde, il s'est longuement imprégné de leur vie intellectuelle, et du but inconscient que chacun d'eux voulait atteindre par l'écriture ; il est ainsi arrivé à rendre le *mécanisme général de l'Universalité des langues écrites*, du langage écrit en un mot, par l'étude du fonctionnement

particulier de chacune des langues écrites, à toutes les périodes de l'existence mentale du genre homme. Aussi trouve-t-on dans ce volume l'étude minutieuse des signes du langage graphique, de ses rouages intellectuels, de ses images matérielles et mentales, de son utilisation, de son génie, de ses rapports avec la langue, avec le langage intérieur : *ses lois*. en réalité.

Les nombreuses figures qui accompagnent le texte en constituent les documents, les leçons de choses, au même titre que les figures des traités de géométrie, d'anatomie, de mécanique, sans lesquelles ces livres seraient incompréhensibles. Elles nous fournissent les caractères écrits (avec leurs significations) des principales branches du langage écrit, égyptiaque ancien, hébraïque, sanscrit. arabe, japonais, chinois, slave, grec.etc...., et, au besoin. des textes utiles à connaître. Quelques-unes sont destinées à montrer le mécanisme de l'origine et des associations des images intra-cérébrales correspondantes, ainsi que le *rôle des diverses régions du cerveau* dans la mise en activité de la lecture et de l'écriture.

Physiologistes, médecins, psychologues, philosophes, sténographes, linguistes, anthropologistes, lettrés et savants, tous s'intéressent à ces questions.

Eléments d'analyse chimique médicale appliquée aux recherches cliniques, par le Dr Sonnié-Moret, pharmacien des hôpitaux de Paris. In-16 de 236 pages, avec 30 figures dans le texte. Prix : 6 francs.

Ce volume, qui est un résumé des connaissances de chimie médicale nécessaires à ceux qui s'occupent de recherches chimiques, est appelé à combler une lacune. Depuis le livre de Méhu, en effet. traitant le même sujet. et dont la deuxième et dernière édition remonte à près de 20 ans, il n'a rien été publié de semblable en France, à part quelques traités qui ont paru concernant l'analyse de l'urine seule, le surplus de la chimie clinique est resté confiné dans des publications éparses, ou bien a été parfois rassemblé dans des ouvrages plus ou moins volumineux où, la plupart du temps, on se trouve en présence d'un exposé beaucoup plus théorique que pratique, partant d'une très médiocre utilité pour l'opérateur qui a besoin d'être guidé.

C'est dans l'espoir de venir en aide à ceux qui s'occupent d'analyse chimique médicale, et spécialement à ceux qui sont loin d'être rompus à ce genre d'analyse que le livre du Dr Sonnié-Moret a été écrit. C'est un ouvrage élémentaire dans lequel l'auteur n'a abordé que les questions les plus importantes de la chimie clinique, s'efforçant constamment, au cours de ses discriptions opératoires, d'entrer dans des détails minutieux, toujours utiles à ceux qui débutent, ou bien ne sont pas journellement aux prises avec une analyse chimique, et ont besoin qu'on leur remémore point par point ce qu'ils ont à faire.

C'est aux médecins qui s'intéressent aux choses de la chimie clinique aussi bien qu'aux pharmaciens que s'adresse plus particulièrement le livre du Dr Sonnié-Moret. Les uns et les autres trouveront moyen à l'aide de ce guide d'effectuer, sans laboratoire proprement dit, nombre de recherches simples de chimie clinique, dont, à chaque instant, le praticien a besoin de connaître les résultats.

Ceux auxquels les manipulations de chimie médicale sont familières pourront, eux aussi, trouver dans le présent volume des indications utiles sur diverses questions qui n'ont guère été exposées jusqu'à présent que dans des publications éparses.

Au surplus un extrait de la table des matières donnera une idée de l'ouvrage.

Les quatre premiers chapitres du livre concernent l'Urine.

Comme de toutes les recherches de chimie médicale auxquelles on est appelé dans la pratique à se livrer, celles qui ont trait à ce liquide sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes, c'est sur l'urine que l'auteur s'est étendu le plus longuement, au point que l'étude de cette dernière occupe à elle seule les deux tiers du volume, et pourrait constituer un traité à part.

Le chapitre V traite du Sang.

Vu les difficultés que présente l'analyse d'un pareil liquide, qui ne peut être entreprise sérieusement que par des chimistes familiarisés avec les opérations spéciales qu'elle réclame. et outillés en conséquence, vu, d'autre part, la nature élémentaire de son livre, l'auteur s'est attaché à donner plutôt un résumé de la composition et des propriétés chimiques du sang qu'à exposer son analyse proprement dite. Le lecteur trouvera néanmoins, dans ce chapitre, des renseignements qui lui seront utiles, et à un point de vue théorique, et au point de vue d'un examen élémentaire du sang.

Dans les chapitres VI, VII. VIII et IX, les Sérosités, le Suc gastrique, la Bile, la Salive, ont été traités avec les détails que paraissait comporter leur importance respective.

Enfin, dans un dernier chapitre, est résumée l'histoire du Lait et son analyse.

Masson et Cie, éditeurs.

La Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.

La Gynécologie, qui a été longtemps considérée comme une simple dépendance de l'obstétrique, est devenue, de nos jours, une branche importante de la chirurgie. S'il en est ainsi dans tous les pays, nulle part ce mouvement n'a été plus marqué qu'en France. En l'absence d'un enseignement spécial à la Faculté, c'est dans les services chirurgicaux des hôpitaux de Paris que l'on va puiser les connaissance relatives aux maladies des femmes et à leur traitement.

Tous ceux qui s'en occupent d'une façon spéciale et qui, par suite, sont devenus des laparotomistes exercés, ont été

amenés à étudier particulièrement la chirurgie abdominale. Ainsi, par une pente naturelle, gynécologie et chirurgie abdominale se sont trouvées intimement associées et dans la pratique et dans la théorie.

La nouvelle *Revue* consacre cet état de choses. Placée sous la direction du Dr Pozzi, c'est-à-dire de l'un des chirurgiens des hôpitaux de Paris les plus versés dans cette double étude, elle doit faire une part égale à la gynécologie et à la chirurgie abdominale.

L'esprit dans lequel a été conçue cette publication est le même que celui qui a présidé à la rédaction du Traité de gynécologie clinique et opératoire de son directeur. Chirurgien français, il s'attache surtout à faire connaître les travaux français. Mais, persuadé que, de nos jours, l'horizon scientifique ne saurait être borné par des frontières, il s'efforce aussi de donner à la *Revue* un caractère international. Les travaux étrangers y sont largement analysés.

Le but de cette publication est non seulement de donner une idée complète du mouvement scientifique contemporain en France et à l'étranger, mais encore de contribuer, pour sa part, aux progrès d'une des branches de la chirurgie qui ont le plus bénéficié de l'ère nouvelle inaugurée par les travaux de Pasteur.

Grande Librairie Médicale A. Maloine, 21-23-25, place et rue de l'École-de-Médecine.

Cours de minéralogie biologique
par J. Gaube (du Gers). 1 vol. in-18, 4 francs.

Le nouveau livre que la librairie Maloine met en vente aujourd'hui est le résumé des leçons du premier cours de minéralogie biologique professé à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine par M. J. Gaube (du Gers). La minéralogie biologique est une science nouvelle; elle s'occupe des minéraux qui entrent dans la constitution des plantes, des animaux et de l'homme ; elle s'occupe de leur origine, de toutes leurs combinaisons biologiques, de leurs rapports avec la matière pratique, avec la matière azotée.

M. Gaube (du Gers), épousant les idées de Liebig, admet que pour les animaux et pour l'homme, le mineral est, comme pour les végétaux, le premier des aliments. La matière azotée est tributaire de la matière minérale, dit M. Gaube (du Gers), et il est impossible de concevoir la matière azotée ni à son origine, ni dans ses développements successifs sans matière minérale.

Ce volume contient douze leçons consacrées aux éléments minéraux que l'auteur appelle *biodynamiques*, par opposition aux métaux *abiodynamiques* incompatibles avec la vie telle que nous la connaissons. Les leçons sont aussi attrayantes par la forme que par le fond.

La première leçon, fort suggestive, est consacrée à l'étude de la matière minérale dans ses rapports avec la vie. La deuxième leçon est remarquable par le rôle que l'auteur fait jouer au chlorure de potassium dans les phénomènes de la vie; dans la quatrième leçon est exposée l'action des sels de calcium, toute différente de l'action qu'on leur attribuait jusqu'ici. La sixième et la septième leçon sont consacrées au magnésium; les idées de l'auteur, appuyées sur des expériences nombreuses, sont absolument neuves, et les conclusions pratiques qui en découlent sont aussi fécondes qu'inattendues.

Le *Cours de minéralogie biologique* est un livre nouveau dans toute l'acception du mot; nouveau comme doctrine, nouveau par l'exposé des faits et des matériaux que l'auteur y a accumulés; l'étudiant, le savant et le philosophe peuvent y trouver chacun une part d'intérêt.

Consultations et ordonnances médicales, formulaire méthodique de thérapeutique, par le docteur Armand Malbec, préparateur des Travaux pratiques de Physiologie à la Faculté de Médecine. Préface de M. le Dr J.-V. Laborde, membre de l'Académie de Médecine, chef des Travaux pratiques de Physiologie à la Faculté de Médecine. Un volume in-18, reliure souple, 4 francs.

Ce petit livre se présente de lui-même avec un tel caractère pratique qu'il peut se passer de tout commentaire autre que la juste constatation d'une haute utilité pour le praticien.

Ce n'est pas s'aventurer en disant qu'il constitue et qu'il est appelé à devenir le vade-mecum de tout médecin aux prises avec les difficultés journalières de la pratique, et qui veut s'assurer en l'ayant toujours sous la main d'un guide rapide et certain et au courant de l'actualité thérapeutique.

Charles Mendel. 118 bis, rue d'Assas.

La Nature et la Vie, par M. Gabriel Viaud. Prix : 3 fr. 50.

L'auteur, qui a mené en faveur du végétarisme une campagne vigoureuse, dont toute la presse a parlé, y développe en fort bon style les idées dont il s'est fait le fervent adepte, ainsi que la théorie si originale des végétaux médicamenteux dont il est le créateur.

L'ouvrage se divise en deux parties :

La première expose les principes ; la deuxième les justifie.

Les témoignages qu'il faut à l'auteur, il les trouve dans une large mesure en glanant à travers les richesses de notre littérature. Il évoque nos poètes, nos romanciers, nos historiens et nos philosophes et, à l'aide d'éloquentes citations, les fait entrer dans un concert d'éloges en faveur du végétarisme.

M. Viaud prouve, en un mot, que tous nos grands hommes ont été végétariens, du moins en principe, et que nous devons l'être, si nous voulons accroître nos facultés intellectuelles et nous affranchir de bien des maladies dont on recherche vainement les causes ailleurs que dans ce qu'il appelle d'un mot pittoresque : la Nécrophagie, que nous traduirons par l'expression d'usage de la viande.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de chirurgie.

MM. Clado, 24; Reblaud, 23; Genouville, 22; Delbet, 22; Glantenay, 28; Peraire, 18; Cazin, 23; Launay, 25; Mauclaire, 28; Souligoux, 25; Jayle, 23; Chevalier, 29; Thiéry, 27; Guillemain, 24; Longuet, 23; Bonglé, 27.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS PÉRI-PHARYNGIENS

(Suite et fin.)

Marche. — Evolution.

Abandonné à lui-même, l'abcès rétro-pharyngien détermine presque toujours la mort et celle-ci survient par :

Asphyxie croissante ;
Accès de suffocation ;
Œdème glottique ;
Infection générale ;
Inanition.

Ou bien à la suite d'une des complications provoquées par la rupture de l'abcès en différents points. Or, cet abcès peut s'ouvrir dans le pharynx et l'œsophage, rarement dans le médiastin, la cavité pleurale, le larynx et déterminer ainsi bronchite, pneumonie, gangrène pulmonaire, pleurésie.

Dans des cas plus heureux, le pus contourne le larynx et apparaît devant l'os hyoïde ; ailleurs, on le voit infiltrer dans le cou, décoller les vaisseaux et les nerfs, et former une vaste suppuration cervicale.

Diagnostic.

A. Y a-t-il abcès ?

A la période augineuse, la réponse est à peu près impossible ; quand la suppuration s'est produite, la fièvre, les frissons répétés, les indications fournies par le toucher permettent de répondre affirmativement.

B. Diagnostic différentiel.

Toutes les maladies capables de déterminer de la dysphagie et de la dyspnée peuvent donner le change, de même celles qui forment relief sur la paroi pharyngienne. Ainsi on pourra faire la confusion avec amygdalite phlegmoneuse, angine grave, croup, œdème glottique, tumeurs du pharynx (polypes, gommes, cancers, etc.). Mais cette dernière erreur ne peut guère être commise que pour les abcès à marche chronique.

C. Diagnostic du siège, de l'étendue.

Il faut regarder, toucher, examiner toutes les parties environnantes, interroger les troubles de compression.

B. Forme subaiguë.

Quand l'abcès, au lieu d'évoluer en 8 ou 10 jours comme celui que je viens de décrire, dure trois semaines, un mois, le début est moins rapide, les symptômes moins alarmants, la suppuration se produit moins vite. Mais, au demeurant, gravité peu différente ; mêmes traits généraux cliniques.

C. Forme suraiguë.

On voit quelquefois l'adéno-phlegmon rétro-pharyngien envahir très rapidement le tissu conjonctif péri-pharyngien, s'infiltrer dans toutes les nappes celluleuses cervicales, passer dans le médiastin, et tout cela avec une extrême rapidité. Le pus n'a pas même le temps de se collecter ; il ne se forme pas d'abcès ; ce sont des cas d'une extrême septicité ; le malade meurt en trois ou quatre jours emporté par l'asphyxie ou les accidents généraux.

D. Forme chronique.

Elle est surtout consécutive à la tuberculose, qu'il y ait ou non mal sous-occipital et mal de Pott.

Ce n'est pas toujours un adéno-phlegmon ; ce peut être un abcès ostéopathique. En résumé, mêmes signes locaux ; seulement, en raison de la lenteur du développement, les organes s'habituent peu à peu à la compression, ce qui permet ordinairement à l'abcès d'acquérir un volume relativement énorme. La seule différence réside dans la marche, la durée, les symptômes généraux.

B. Abcès latéro-pharyngiens.

Ce sont des adéno-phlegmons de l'espace maxillo-pharyngien. Voici les points par lesquels ils diffèrent des abcès rétro-pharyngiens.

Ils appartiennent aussi bien à l'adulte qu'à l'enfant.

Ils sont surtout la conséquence de lésions dentaires et amygdaliennes.

Ils déterminent autant de dysphagie, mais moins de dyspnée.

Ils s'accompagnent de trismus.

Souvent, il existe des convulsions.

Le gonflement siége sur les parties supéro-latérales du cou.

L'amygdale est refoulée par eux du côté de la cavité buccale.

Par le toucher on sent une masse phlegmoneuse latérale et non postérieure.

Ils repoussent quelquefois le carotide interne vers le pharynx, d'où danger d'incision.

Le pus peut ulcérer cette carotide interne ou la jugulaire interne.

On peut les inciser par dehors, derrière l'angle mandibulaire.

C. Abcès pré-pharyngiens.

Siègent entre pharynx et face postérieure du larynx.
Sont la conséquence d'affections laryngiennes.
Ils déterminent de l'œdème de la glotte.
Sont rares et peu connus.

X. Y.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : **Dr Pierre SEBILEAU.**

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

CAUSERIE DE L'HOPITAL COCHIN — M. PIERRE SEBILEAU

Traitement de l'hydrocèle vaginale.

I

Mes externes ont opéré ce matin, sous ma direction et devant vos yeux, deux hydrocèles de la tunique vaginale; ils ont, par la ponction, évacué le liquide que contenait la poche et injecté dans la cavité de celle-ci quelques grammes de teinture d'iode : cela a été simple, facile et rapide; j'ajoute que cela sera efficace, car vous pouvez tenir pour certain que les malades guériront. Aussi l'occasion est elle bonne pour moi de vous dire mon opinion sur le traitement de l'hydrocèle vaginale; je la saisis d'autant plus volontiers; cette occasion, que l'un de vous me disait tont récemment combien les jeunes se sentaient dans l'embarras à voir aujourd'hui prôner, par tel de leurs maîtres, la méthode que tel autre condamnait hier encore, combien il serait intéressant que le procès de cette thérapeutique si diverse fût instruit devant vous avec quelques détails et utile qu'on en dégageât une formule assez claire pour entraîner la conviction du praticien. C'est précisément ce que je vais essayer de faire dans notre causerie d'aujourd'hui; mais il est tout à fait impossible que vous compreniez bien ma démonstration si je ne vous dis, tout d'abord, quelques mots des variétés diverses de l'hydrocèle vaginale.

Pour qu'il y ait dans la cavité vaginale sécrétion d'une quantité de liquide capable de former nne hydrocèle cliniquement appréciable, il fant, de toute nécessité, que cette vaginale soit irritée, enflammée. Quand l'inflammation de la sérense est primitive, quand cette séreuse est malade pour son propre compte et indépendamment de toute atteinte des organes qu'elle enveloppe, on dit que l'hydrocèle est *idiopathique* (ἴδιος propre πάθος maladie) : c'est de *vaginalite pure* qu'il s'agit ici et, suivant l'intensité ou l'ancienneté du processus, les lésions, qui sont plus ou moins accentuées, varient de la simple vascularisation congestive jusqu'à la stratification, sur la vaginale, de plnsieurs couches de néo-membranes fibreuses, calcaires, cartilagineuses. Quand, au contraire. l'épanchement est la simple marque d'une réaction de la séreuse sous une poussée maladive, quelle qu'en soit la nature, du testicule ou de l'épididyme, on dit que l'hydrocèle est *symptomatique* ; c'est, si vous le voulez, de simple *irritation vaginale* qu'il s'agit ici, et l'on peut dire que, dans la grande majorité des cas, les lésions de la séreuse sont, comparativement aux lésions glandulaires, quantité négligeable.

Cette distinction nosologique, si simple en apparence, ne s'applique pas en réalité avec la commodité que vous pourriez penser à la classification des faits. Parmi les hydrocèles qu'on appelle idiopathiques, il en est, en effet, un grand nombre qui échappent à l'interprétation pathogénique : il y a bien vaginalite, c'est entendu, mais d'où vient cette vaginalite ? Voilà, précisément, où est l'embarras ; il est même vraisemblable que souvent ce sont des lésions insignifiantes — si insignifiantes qu'elles passent au second plan — du testicule et de l'épididyme qu'il faut incriminer. Si bien, vous le voyez, qu'à ce compte, le chapitre des hydrocèles *anatomiquement* symptomatiques se grossit du plus grand nombre, sinon de la totalité, des hydrocèles qui sont *cliniquement* idiopathiques. Mais peu importe, dans l'espèce, que la classification nosologique soit ou non prise en défaut ; nous n'avons à envisager ici les faits que sous leur jour pratique. Disons donc tout simplement, pour éviter toute méprise :

Les hydrocèles symptomatiques sont celles dans lesquelles les deux éléments, épanchement et lésions séreuses, deviennent accessoires et disparaissent, véritables contingences, sous l'évidence des altérations épididymo-testiculaires ; les hydrocèles idiopathiques, au contraire, sont celles où les altérations épididymo-testiculaires — quand elles existent — sont insignifiantes et sont cliniquement masquées tout entières par les deux manifestations prépondérantes de la vaginalite : épanchement, épaississement néo-membraneux. Voilà ce que vous aviez besoin de savoir.

Ce qu'il faut que vous sachiez encore, c'est que, dans un grand nombre de cas, le diagnostic différentiel est facile entre les hydrocèles de l'un et l'autre type : aux hydrocèles symptomatiques appartiennent, en effet, souvent la forme arrondie, le petit volume, la tension peu considérable, l'évidente fluctuation, le ballottement, le développement rapide, la bilatéralité, l'état louche, jaune sale du liquide évacué par la ponction, sa coloration rouge ou rosée (sang), la présence d'éléments figurés (hématies, leucocytes, cellules épithéliales, spermatozoïdes), la transparence peu évidente de la tumeur et sa rapide réapparition après une ponction évacuatrice. Passons maintenant à la question thérapeutique.

II

Deux méthodes, vous le savez, sont applicables et couramment appliquées à la cure de l'hydrocèle vaginale : l'une consiste, après évacuation partielle ou totale du liquide par une ponction, à injecter dans la cavité séreuse une substance caustique destinée à produire, par une véritable réaction inflammatoire, la fusion des deux feuillets de la vaginale ou, tout au moins, à « modifier » les propriétés vitales (sécrétion, résorption) des cellules endothéliales qui en tapissent les parois ; l'autre consiste à ouvrir largement les bourses pour donner issue à la collection séreuse et, suivant les cas, à laver, brosser, cautériser, curetter ou réséquer, à ciel ouvert, tout ou partie de la membrane vaginale. La première méthode, la vieille, est la méthode simple ; la seconde, la nouvelle, quoique proprement il ne s'agisse ici que d'une résurrection, est une méthode compliquée. Celle-ci est la méthode sanglante : comme telle, elle est à l'ordre du jour ; celle-là est une sorte de méthode médicale : aussi la voyez-vous aujourd'hui sous le coup de l'anathème. Nous rétablirons l'équilibre.

En ce qui concerne les hydrocèles indiscutablement symptomatiques ou même les hydrocèles raisonnablement supposées symptomatiques, l'hésitation n'est évidemment pas de mise : il faut inciser largement, vider la cavité vaginale, en explorer les culs-de-sac, les prolongements, étudier la surface extérieure du testicule et de l'épididyme sous-jacents et, vis-à-vis des uns et des autres, décider, séance tenante, sur le vu des dégâts, l'action chirurgicale appropriée aux lésions mises à nu : extraction d'un corps étranger vaginal, ablation d'un kyste épididymaire, curettage d'un foyer tuberculeux, castration peut-être s'il s'agit d'un néoplasme, que sais-je ? Et puis, en ce qui concerne la séreuse, vous choisirez entre la destruction épithéliale par la cautérisation ou le curettage, l'excision et la résection, suivant les cas. Je le répète : il n'y a pas, en l'espèce, puisqu'il s'agit ici d'individualités, d'autres conseils généraux à vous donner que celui-ci : ouvrez au histouri toutes les hydrocèles supposées symptomatiques. Pas de débat, pas de discussion possible sur ce point.

Pour les hydrocèles ordinaires, ces grosses hydrocèles piriformes et tendues des adultes âgés, pour

ces hydrocèles dont vous observez chaque semaine deux ou trois exemples et sur lesquelles nous mettons — par erreur sans doute ou par insuffisance de documents, c'est entendu — l'étiquette d'idiopathiques, pour ces simples vaginalites chroniques, en nn mot, il importe au plus haut point d'établir une distinction.

Parmi elles, les unes, qui ont une paroi épaisse, sont lourdes, dures, peu fluctuantes, à peine rénitentes quelquefois, peu ou pas transparentes: les autres, dont la poche est mince, sont molles, fluctuantes ou très rénitentes, tout à fait transparentes. Aux premières convient, sans discussion possible, l'ouverture large avec résection partielle ou totale de la vaginale; c'est à cette opération qu'on donne, je ne sais trop pourquoi, le nom de « cure radicale de l'hydrocèle ». Aux dernières, au contraire, doit s'appliquer en tous cas le traitement par la ponction et l'injection iodée. Mais comme sur ce point, précisément, quelques chirurgiens discutent, ouvrons le débat.

(A suivre.)

OBSERVATIONS CHIRURGICALES

Anévrysme de la carotide interne consécutif à la scarlatine. — Guérison spontanée.

Par C. Lyot, chirurgien des hôpitaux,
et R. Petit, interne.

L'observation que nous rapportons présente un double intérêt : D'une part, au point de vue clinique, cet anévrysme pouvait être confondu avec une de ces adénopathies cervicales qui se montrent souvent comme complications de la scarlatine. D'autre part, au point de vue pathogénique, nous avons assisté à l'évolution d'un anévrysme dû sans doute à une artérite aiguë, et qui a rétrocédé totalement à mesure que disparaissait l'état inflammatoire du vaisseau.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, Léonie D., qui ne présente aucun antécédent à signaler, si ce n'est plusieurs angines au moment de l'établissement de ses règles vers l'âge de 14 ans. A la fin du mois de mai 1896 elle contracte une fièvre scarlatine pour laquelle elle est soignée chez elle. L'angine, paraît-il, a été violente ; toutefois, la malade n'a pas remarqué avoir eu à ce moment de tuméfaction ganglionnaire. Convalescence assez lente. Un mois et demi après le début de cette scarlatine, c'est-à-dire le 13 juillet, elle s'éveille le matin avec une sensation de torticolis du côté gauche, la région sous-auriculaire lui paraît enflée, sans rougeur, sans élancements, sans douleur autre qu'une sensation de gêne. Pendant huit jours, elle est soignée par des applications de pommade. La tumeur augmente légèrement.

A son entrée à l'hôpital, la malade se présente la tête inclinée sur l'épaule gauche dans l'attitude du torticolis ; elle est pâle, amaigrie, et porte encore l'empreinte d'anémie que lui a laissée l'infection scarlatineuse.

Les troubles locaux sont peu accusés : raideur dans la région sterno-mastoïdienne, un peu de gêne dans la déglutition avec reflux des boissons par le nez, voire angineuse.

La région sterno-mastoïdienne supérieure, immédiatement au-dessous de la mastoïde, est le siège d'une tuméfaction qui soulève le muscle. Elle est du volume d'une grosse noix, sa situation profonde empêche d'en préciser les limites, mais on peut se rendre compte qu'elle se trouve fixée contre la base du crâne et n'est pas mobilisable. Sa consistance est régulière et doucement élastique ; en cherchant la fluctuation, on constate que la tumeur est réductible, animée de battements énergiques, et l'expansion devient manifeste si l'on insinue les doigts en avant et en arrière d'elle. A l'auscultation on entend un souffle systolique. J'ajoute qu'il n'existe ni douleurs à la pression, ni phénomènes inflammatoires du côté de la peau.

A l'examen de la gorge, on voit l'amygdale gauche refoulée vers la ligne médiane, le pilier postérieur du voile du palais étalé et saillant ainsi que la paroi latérale du pharynx. Il suffit d'y toucher pour constater que cette tuméfaction pharyngienne est le siège, elle aussi, de mouvements d'expansion, et, en appliquant en même temps une main dans la région cervicale, on sent que l'on a entre les doigts une seule et même tumeur, fluctuante, nettement expansive et réductible.

Ces caractères établissaient nettement l'existence d'un anévrysme. Sans doute, il fallait se demander si on ne se trouvait pas en présence d'une adénite suppurée qui aurait emprunté des battements au vaisseau voisin. Mais, dans ces cas, si les phénomènes inflammatoires peuvent faire défaut, si la réductibilité peut exister du fait de la disposition en bissac de la poche, on ne sent pas d'expansion en masse et, par un examen attentif, il est possible de reconnaître que

les battements sont limités en un point sur le trajet du vaisseau. Pour dissiper toute incertitude, j'ajouterai encore qu'une ponction exploratrice avait été faite et avait donné une pleine seringue de Pravaz de sang.

On pourrait encore émettre l'hypothèse d'un sarcôme télangiectasique né de la base du crâne, mais la tumeur aurait été plus étalée, la réductibilité imparfaite et l'expansion moins prononcée.

C'était donc un anévrysme ayant son siège sur la carotide interne, immédiatement au-dessous de la base du crâne : la carotide externe était intacte, car le pouls temporal ne différait pas de celui du côté opposé.

Ajoutons qu'on ne trouvait aucune altération dans le reste du système circulatoire; le cœur était intact et les urines normales.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur augmenta sensiblement de volume, surtout du côté du pharynx. Cependant, avant de soumettre la malade à un traitement chirurgical et, dans ce cas, ce n'aurait pu être qu'une ligature de la carotide interne en amont de l'anévrysme, il était nécessaire d'améliorer l'état général de la malade qui, en réalité, n'était encore que convalescente, conservait des amygdales grosses et parfois douloureuses et se trouvait encore vraisemblablement en puissance d'infection. Elle fut donc soumise à un régime tonique : vin de quinquina, sulfate de quinine à petites doses et gargarismes antiseptiques.

Rapidement, l'état général devint meilleur, la malade engraissa. Au bout de 15 jours, une amélioration considérable était survenue du côté de l'anévrysme. La saillie qu'il formait au cou était presque disparue, celle du pharynx notablement diminuée, mais conservant les mêmes caractères d'expansion et de réductibilité, sans aucune induration.

La malade fut alors envoyée au Vésinet. Elle se présenta un mois plus tard complètement guérie ; il ne restait plus aucune tuméfaction ni au cou, ni dans la gorge et c'est à peine si, par une palpation attentive et profonde derrière le sterno-mastoïdien, on sentait les battements de la carotide interne un peu plus nettement que du côté opposé.

Cette observation se rattache, sans aucun doute, à une artérite aiguë ayant déterminé une véritable dilatation aiguë du vaisseau. Celle-ci paraît avoir guéri spontanément, sans coagulation dans l'intérieur de la poche et par simple retrait de ses parois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mars. — Présidence de M. Delens.

A propos de la correspondance :

M. Reclus donne lecture d'une observation envoyée par **M. Delagénière** (du Mans). Il s'agit d'un cas de cirrhose du foie avec hépatoptose pour laquelle M. Delagénière a fait la laparotomie exploratrice, l'hépatopexie et la cholécystostomie.

La malade avait de l'infection des voies biliaires. Cette infection avait une origine très probablement intestinale due au coli-bacille. Le drainage des voies biliaires par cholécystostomie a déjà été pratiqué par quelques chirurgiens, en particulier par MM. Terrier et Quénu. La guérison a été obtenue par ces chirurgiens. M. Delagénière pense, après eux, que dans certaines cirrhoses du foie, où la médecine demeure impuissante, la chirurgie peut, par la cholécystostomie, amener la guérison. L'observation de l'auteur est donc un fait de plus à ajouter aux observations, peu nombreuses encore, qui témoignent de l'efficacité de ce traitement.

Il convient de noter, toutefois, cette distinction que les cas de cirrhose du foie ainsi traités par M. Terrier s'accompagnaient d'ictère tandis que la malade de M. Delagénière n'a pas présenté ce phénomène.

Dernier point : M. Delagénière conseille de pratiquer l'hépatopexie en fixant la face convexe du foie au rebord costal et en multipliant les points de sutures, à la façon de M. Guyon dans la néphropexie. Il pense enfin que le phénomène de l'hépatoptose présenté par sa malade était dû en grande partie à l'hypertrophie du lobe droit du foie.

Du traitement des kystes hydatiques du foie. Procédé de M. Monod.

M. Monod. — Je tiens à ajouter quelques indications, d'ordre anatomique, relatives au procédé dont je vous ai récemment parlé à propos du traitement opératoire des kystes hydatiques du foie.

C'est le résumé des recherches faites par mon interne M. Vanverts sur le trajet exact du cul-de-sac pleural costo-diaphragmatique droit qu'il est important, sinon nécessaire, de ne pas léser au cours de l'opération.

Ce dessin sera facile à suivre et à retenir. Vous y voyez que la plèvre venue du sternum descend parallèlement au rebord costal droit en croisant la face profonde des sixième et septième cartilages costaux. Au niveau de la huitième côte, la plèvre passe tantôt en arrière de l'articulation chondro-costale correspondante, mais plus souvent à 10 ou 15 millimètres environ en avant de cette articulation. Enfin, elle croise la face postérieure des neuvième et dixième côtes en arrière de l'articulation chondro-costale.

Mais je ne veux pas attacher à ces petites notions d'ana-

tomie plus d'importance qu'elles n'en ont. A la vérité, on ne court pas de graves dangers en lésant légèrement la plèvre dans mon opération, bien qu'il soit intéressant de savoir exactement où passe la plèvre pour tâcher d'éviter sa blessure. Je le répète, le principal avantage de ce nouveau procédé, c'est de donner une large voie, d'un accès facile, pour aborder les kystes de la face convexe du foie.

Du traitement de l'angiocholite infectieuse par la cholécystostomie.

(Suite de la discussion.)

M. Quénu. — Je désire me retrancher dans le seul cas de M. Lejars qui a été le point de départ de cette discussion, sans m'arrêter aux cas de cirrhose hépatique dont M. Delagénière vient de nous envoyer une observation.

A ce sujet, je vous rappelle le malade que je vous ai présenté au mois de novembre dernier et dont je veux aujourd'hui compléter l'observation pour vous mieux montrer sa ressemblance avec celui de M. Lejars.

C'était un homme de 47 ans, atteint depuis 18 mois de douleurs dans l'hypochondre droit avec le syndrôme de la colique hépatique. Il entra au mois de mai 1896 dans le service de M. Barth à l'hôpital Broussais, avec des douleurs subintrantes. M. Barth constata alors que le foie était gros. Il y avait de la fièvre, 38°5; le pouls était à 108. Peu à peu la température s'éleva, l'état général s'aggrava et le malade me fut adressé dans le courant de juin. Il avait alors un état général très mauvais, l'aspect typhique, une teinte subictérique. Le foie mesurait 18 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Les selles obtenues par lavements étaient décolorées. Les urines étaient foncées, remplies de pigments biliaires.

Le 22 juin, j'ai fait la laparotomie. Les voies biliaires ont été explorées avec un soin minutieux. Je n'ai rencontré nulle part de calculs, ni dans la vésicule, ni dans le canal cholédoque. Cette opération a été d'autant plus facile qu'il n'y avait de lésions de péritonite adhésive, ni autour du foie, ni autour de la vésicule. J'ai donc établi une fistule biliaire cutanée. La température s'est abaissée le soir même et s'est maintenue durant quelque temps à un chiffre normal. Pendant ce temps, l'amélioration était rapide, l'état général excellent.

La bactériologie a montré que la bile renfermait du bacterium coli. Cette bile coulait abondamment à raison de 350 grammes par jour, mais cette quantité de bile était inférieure à la normale, puisqu'on sait que le foie en fabrique 1,000 grammes par 24 heures. Il y eut plus tard quelques accès fébriles sans importance. J'ai revu le malade au mois d'octobre dernier: la fistule biliaire s'était refermée d'elle-même; le foie ne débordait plus.

Je résume donc en disant que mon observation est presque en tous points semblable à celle de M. Lejars. Le début a été le même, sans signes certains de lithiase, et la colique hépatique était ici symptomatique de souffrance du foie et non pas de lithiase biliaire. Dans les deux cas, il y a eu le même mauvais état général, dans les deux cas le coli-bacille était en cause. Dans les deux cas, l'indication de l'intervention chirurgicale a paru incontestable et il est, en pareil cas, d'une importance absolue d'explorer les voies biliaires.

Pour assurer l'écoulement de la bile, trois moyens sont à la disposition du chirurgien : la fistule biliaire cutanée, la fistule biliaire gastrique et la fistule biliaire intestinale. La fistule cutanée de la vésicule me paraît le procédé le plus heureux, le plus rapide, le moins grave. Dans le cas de M. Lejars et dans le mien, la création de la fistule a été suivie d'amélioration très rapide, la sécrétion biliaire elle-même s'est modifiée; il y a eu, enfin, des accès fébriles sans importance à la suite de l'opération.

Je suis donc partisan de la fistule biliaire cutanée dans l'angiocholite infectieuse non calculeuse, mais je conviens qu'il y a quelquefois de grandes difficultés à l'établir. En voici la preuve :

J'ai observé récemment une femme de 34 ans, ayant des douleurs hépatiques et de l'ictère. Plus tard, l'ictère a continué. Cependant, cette femme a pu mener une grossesse à terme et accoucher sans accident. Ensuite, elle a eu de la fièvre quotidiennement sous forme d'accès intermittents. Alors, le foie paraît déborder et l'on porte le diagnostic de lithiase biliaire probable avec infection des voies biliaires. J'ai opéré cette malade en novembre 1896. J'ai fait la laparotomie. Le foie était gros, mais la vésicule petite, sans calculs. Le cholédoque aussi était indemne. Mais il m'a été impossible de créer une fistule cutanée de la vésicule.

Dans la suite, la température est tombée à 36°4 et ne s'est pas élevée au-dessus de 37°. L'amélioration a été continue, la malade soulagée a repris l'appétit, l'ictère a diminué sensiblement. Plus tard, il y a eu des exacerbations vespérales. J'ai revu cette malade le 28 mars, les accès fébriles ont complètement disparu. Ici, donc, l'action de la seule laparotomie a été incontestable. Le secret de cette action doit résider dans ce fait que la laparotomie, avec l'exploration du cholédoque, provoque une sorte de dégagement des voies biliaires et une amélioration consécutive.

De la désarticulation du pied par le procédé de Syme.

M. Kirmisson. — On se préoccupait beaucoup, autrefois, de réaliser, au cours des amputations, les conditions anatomiques les plus favorables pour drainer le foyer de l'opération. Aujourd'hui, ces préoccupations n'ont plus de valeur, pourvu que l'on opère avec la plus stricte antisepsie et pourvu que les lambeaux taillés soient suffisants.

Ces quelques réflexions sont applicables au procédé de Syme. On lui reproche de créer une cupule, une coque talonnière favorable à la stagnation du pus, et de déterminer

des gangrènes qui pourraient bien encore dériver d'accidents opératoires. Cette opération a pour elle un lambeau bien disposé pour la fonction qu'il doit remplir, puisque ce lambeau c'est le talon lui-même.

C'est à ces sortes de faits qu'est consacré le mémoire de M. Potherat. Tout en adoptant le procédé de Syme, M. Potherat fait remarquer qu'il faut modifier ce procédé dans les deux points suivants : Tracer d'abord de dehors en dedans les lambeaux dorsal et plantaire, pour leur donner l'étendue suffisante. Il faut ensuite commencer la désarticulation avant de disséquer le lambeau plantaire. Sur ces deux points, je suis d'accord avec M. Potherat. Mais je ferai observer que ces prescriptions ne sont pas nouvelles. On les trouve dans les ouvrages de Guérin et de Farabeuf.

M. Potherat passe rapidement sur la nécessité décrite par Ollier de faire une dissection complète du lambeau plantaire et de conserver même le périoste. M. Potherat fait remarquer que cette pratique allonge inutilement l'opération. Cependant dans le traité des résections, on voit que les résultats obtenus par Ollier sont remarquables.

M. Potherat base son opinion sur une statistique personnelle de quatre cas : deux pour tuberculose du pied, un troisième pour traumatisme ne pouvant permettre de conserver le pied ; un quatrième pour ostéosarcôme.

Le succès définitif, en rapport avec la lésion causale, a donné la plus grande satisfaction à M. Potherat pour le procédé de Syme.

Je suis donc disposé à me ranger à l'avis de M. Potherat. Mais, pour moi, cette amputation de Syme ne sera jamais une amputation de choix, mais une opération de nécessité, que je ne ferai que quand je ne pourrai pas en faire une autre. Je préfère de beaucoup l'amputation de Pirogoff. Les conditions sont plus favorables pour la marche et pour la station toutes les fois que l'on peut conserver une partie du calcanéum.

Voici un moulage de la dernière opération de Pigoroff que j'ai faite. M. Potherat a eu l'idée de nous apporter également le moulage de l'un de ses opérés. Le moignon obtenu par M. Potherat n'est pas parfait. La cicatrisation gêne la marche ; il y a un certain degré de renversement du lambeau.

Le résultat est certainement bon, mais il ne présente pas les conditions idéales d'un bon lambeau.

M. Potherat va m'objecter que le moulage a été pris dix-huit mois après l'opération. Peu importe, dans le fond, et nous devons remercier M. Potherat de son mémoire.

M. Berger. — J'ai pratiqué autrefois plusieurs ostéoplasties du pied par le procédé de Pasquier-Lefort. J'ai été obligé, dans la suite, de faire des amputations sus-malléolaires, à cause des récidives qui s'étaient produites. Il s'ensuit que j'ai abandonné le procédé de Pasquier-Lefort.

Dorénavant, j'aurai toujours recours au procédé de Syme. Je crois que la manœuvre indiquée par Ollier, la décortication de l'os avec une rugine, n'allonge pas beaucoup l'opération.

Le lambeau ainsi obtenu est un excellent protecteur, d'une résistance plus grande contre les fusées que l'on peut voir se produire, en particulier le long du tendon d'Achille. Il faut craindre ces fusées et compter avec ces opérations qui se font, la plupart du temps, en milieu suppuré. Mais je ne crois guère à la gangrène, sauf dans le cas de traumatisme du pied.

M. Le Dentu. — Je suis de l'avis de M. Berger quand il dit qu'il faut agir sur le calcanéum par le procédé de Pasquier-Lefort, mais seulement si le calcanéum est sain, bien entendu. Dans ces conditions, le procédé Pasquier-Lefort donne de bien bons résultats sans que l'on soit obligé de rapprocher le calcanéum de l'extrémité inférieure du tibia.

M. Jalaguier. — J'ai pratiqué deux fois l'opération de Syme, une fois pour traumatisme du pied et une autre fois pour tumeur blanche du tarse. Aux deux fois, j'ai obtenu un excellent résultat.

M. Kirmisson. — Il faut donc revenir à l'opération de Syme, ainsi que l'a indiqué, dans ses conclusions, M. Potherat. Mais, pour mon compte, je reste plus volontiers partisan de l'opération de Pirogoff, à condition que le calcanéum soit sain, bien entendu.

Je conviens, comme M. Le Dentu, qu'il n'est pas obligatoire de fixer le calcanéum au tibia, à condition d'avoir taillé un lambeau plantaire suffisant et non trop long. Les lambeaux longs sont aujourd'hui inutiles, maintenant que nous n'avons plus à compter avec la rétraction qu'ils subissent par la suppuration.

Présentations de malades.

RUPTURE MUSCULAIRE ANCIENNE — OPÉRATION — GUÉRISON

M. Delorme présente un cavalier qui avait une rupture musculaire du moyen adducteur, datant de trois mois. M. Delorme a réséqué les parties fibreuses développées au foyer de la rupture et suturé les fibres musculaires sur la corde tendineuse correspondante. Le malade est guéri.

M. Le Dentu. — Dans un cas analogue, je me suis contenté de fendre le faisceau supérieur du moyen adducteur et d'en suturer les deux chefs au triceps. Le malade a été également guéri.

M. Delorme. — Je ferai remarquer que M. Le Dentu anastomose le muscle rompu aux muscles voisins, tandis que je suture par avivement les deux extrémités du muscle.

PERFORATION DE LA VOUTE PALATINE — AUTOPLASTIE

M. Delorme présente un malade atteint d'une perforation de la voûte palatine d'origine syphilitique, pour laquelle il a fait l'autoplastie en empruntant un lambeau à la face interne de la joue et de la lèvre supérieure. Le lambeau a gagné en hauteur ce qu'il a perdu en circonférence. La

lèvre supérieure sur laquelle a été pris le lambeau n'est pas déformée. La perforation est presque complètement fermée.

PLAIE DU NERF RADIAL — SUTURE — GUÉRISON

M. Gérard-Marchant présente une femme atteinte de section du nerf radial par coup de couteau au niveau de la gouttière dite de torsion de l'humérus.

M. Gérard-Marchant a constaté, au début, une paralysie radiale absolue. Il a fait de suite la suture du nerf sectionné. Le lendemain, il existait de la sensibilité dans le membre. Elle disparut ensuite. Les mouvements n'ont réapparu dans leur intégrité que dix mois après l'accident.

M. Monod présente un malade auquel on a fait successivement l'amputation de l'avant-bras, la résection du cubital et du médian et la compression. Il souffre toujours d'une façon intense. Il présente des signes de névrite ascendante. Que faut-il lui faire ?

M. Delorme. — Ce malade a été dans mon service. Je lui ai réséqué le nerf cubital. Je lui ai fait de la compression. La compression a donné tout d'abord de bons résultats, mais les accidents douloureux sont revenus. Il ne faut pas en conclure que la compression soit inefficace dans le traitement des névralgies douloureuses. Et je maintiens que c'est encore la compression qui donnera, chez ce malade, les meilleurs résultats. Ici, la résection des racines postérieures de la moelle serait nulle puisque ce malade a de la névrite ascendante et que ses lésions sont allées plus loin que l'émergence des racines sensitives.

M. Berger présente un malade atteint de luxation traumatique du scaphoïde qu'il a traité par l'extirpation de l'os. Le malade conserve un léger degré de varus.

M. Hartmann présente un malade chez lequel il a fait la gastrostomie après la laparotomie médiane exploratrice. La fistule gastrique siège à peu près sur la ligne médiane à travers les fibres du grand droit. L'orifice est parfaitement continent.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DES MEMBRES

Arthrite tuberculeuse du genou et méthode sclérogène.

M. Walther (*Sem. méd.*, p. 101, n° 14, 1897), dans une leçon clinique où il présente un malade atteint d'une arthrite tuberculeuse du genou, expose le but et la pratique de la méthode sclérogène de Lannelongue pour le traitement de cette affection.

Le *but* de cette méthode est de créer autour de l'articulation malade une véritable zone scléreuse qui l'enserre et empêche l'extension des lésions.

La *technique* est la suivante : Il faut une simple seringue de Pravaz et une solution de chlorure de zinc à 1 p. 10. Les injections sont pratiquées autour de l'articulation, à 2 ou 3 centimètres les unes des autres; chaque piqûre contient quatre ou cinq gouttes de liquide. L'aiguille doit pénétrer perpendiculairement aux tissus, jusqu'à l'os, sauf sur les côtés de la rotule, par exemple, et d'une façon générale partout où les tissus sont peu épais, auquel cas on la fait pénétrer obliquement.

On injecte ainsi, 60 gouttes de liquide chez un adulte, 30 ou 40 gouttes seulement chez un enfant de dix à douze ans.

Les *accidents* que l'on peut observer consécutivement à ces injections, sont :

a) Les eschares, rares et peu graves, généralement limitées à la périphérie de l'orifice de la piqûre. Si elles sont plus étendues, cela tient à ce que le chlorure de zinc a été injecté au-dessus de l'aponévrose, par rapport à la peau et non au-dessous.

b) Les hémorrhagies graves, si les gros vaisseaux sont intéressés.

c) Les piqûres de nerfs peuvent engendrer la névrite interstitielle avec les troubles trophiques et la douleur.

Ainsi donc, on termine l'opération de la méthode sclérogène par l'immobilisation de la jointure dans un appareil plâtré, pendant quatre semaines. Si à ce moment-là les fongosités ont toujours leur consistance molle, nouvelle série d'injections. Ne s'arrêter que lorsque les fongosités ont pris une consistance dure. Alors on mobilisera le malade et on lui permettra bientôt de marcher.

Il est évident que cette méthode ne convient qu'aux tumeurs blanches au début, et que l'arthrectomie est commandée dans les tumeurs blanches qui suppurent et où les lésions ont étendues.

De l'hémostase préventive dans la désarticulation de l'épaule.

M. John A. Wyeth (*Sem. méd.*, n° 14, p. 108, 1897) a pu enlever la partie externe de la clavicule, la cavité glénoïde, l'acromion et l'apophyse coracoïde en même temps que l'extrémité supérieure de l'humérus, pour un énorme sarcome de l'épaule, en réalisant l'hémostase préventive au moyen du procédé suivant :

La bande d'Esmarch est appliquée aussi près que possible du siège de la lésion. Deux fortes épingles à transfixions, en acier, de 5 millimètres d'épaisseur et de 26 centimètres de longueur, sont ensuite introduites, l'une à travers la peau et une partie du grand pectoral, à environ 7 centimètres et demi en deçà de l'épaule, c'est-à-dire juste en dedans de l'apophyse coracoïde, l'autre à la même distance sur la partie dorsale de l'omoplate. Un fort tube

de caoutchouc blanc, assez long pour faire cinq ou six fois le tour de l'épaule, est ensuite enroulé d'une manière très serrée autour et au-dessus des aiguilles et fixé dans cette position. La bande d'Esmarch est alors enlevée et la désarticulation est pratiquée sans aucune perte de sang, le tourniquet n'étant retiré qu'après la ligature des vaisseaux et la suture de la plaie.

Altérations des synoviales dues à la présence d'un épanchement sanguin.

M. Jaffe (*Sem. méd.*, n° 14, p. 108, 1897, et *Arch. f. klin. Chir.* LIV, 1, 1897) expose le résultat de ses principales recherches relatives aux effets du sang en contact avec une membrane synoviale. Il a constaté que le sang injecté dans l'articulation du genou était déjà coagulé au bout d'une heure. Après vingt-quatre heures, les caillots étaient remplacés par un liquide sanguinolent et visqueux. Du second au huitième jour, il retrouva de nouveau des caillots, dont le volume allait en augmentant les premiers jours, pour diminuer ensuite. Il paraît résulter de ces faits que la synovie sécrétée au cours de la première journée empêche, dans une certaine mesure, la coagulation du sang.

L'examen histologique a ensuite montré que la membrane synoviale était atteinte, à partir de la quatrième heure, d'une infiltration globocellulaire qui augmentait jusqu'au cinquième jour pour disparaître vers le neuvième ou le dixième jour. A partir du sixième jour, la synoviale présentait une augmentation de la vascularisation qui atteignait son maximum le huitième jour. L'auteur est d'avis qu'il s'agit là d'une néoformation vasculaire, sans pouvoir toutefois en fournir les preuves. Le sang liquide s'infiltre tout d'abord dans les fentes plasmatiques de la synoviale pour passer de là dans les vaisseaux lymphatiques. La résorption se fait, pour une petite partie seulement, par l'intermédiaires des leucocytes et des cellules du tissu conjonctif.

CHIRURGIE DES OS

Des fractures syphilitiques.

La syphilis compte parmi l'une des causes des fractures spontanées. Toutefois, cette cause est rare. On ne rencontre la syphilis que dans le centième des cas de l'étiologie des fractures. **Frey** (*Bull. méd.*, n° 25, p. 292, 1897) a insisté récemment sur ce point au Club médical de Vienne.

Il résume en disant que :

Les lésions syphilitiques du squelette sont : 1° la périostite gommeuse ; 2° l'ostéite et l'ostéomyélite gommeuse. Dans ces deux cas, l'os est aminci, et, naturellement, plus l'amincissement est prononcé, plus la fracture est facile. La lésion la plus fréquente en pareil cas est la gomme centrale.

Si l'on fait exception pour les fractures de l'acromion, les fractures syphilitiques ne s'observent guère que pour les os longs; elles siègent toujours sur la diaphyse, car les lésions des épiphyses déterminent plutôt des maladies articulaires que des fractures.

Le diagnostic de la fracture syphilitique doit faire éliminer d'abord toutes les causes habituelles des fractures spontanées et en particulier le tabes dorsalis. Il faut éliminer ensuite les néoplasmes, l'ostéite raréfiante, l'ostéomyélite, la tuberculose, les échinocoques.

D'une façon générale, pronostic bon : quelquefois consolidation d'une rapidité anormale, d'autres fois d'une durée anormalement longue.

Il convient d'appliquer ici le traitement habituel des fractures, sans oublier, bien entendu, le traitement antisyphilitique.

De l'ostéomyélite chez les nourrissons.

Swoboda (de Vienne) (*Bull. méd.*, n° 25, P. 293, 1897, et *Wien. klin. Woch.*, n° 4, 1897) montre que l'ostéomyélite des nourrissons est rare surtout parce qu'elle est souvent méconnue.

Chez eux, infection facile, d'origine intra-utérine ou du passage à travers le conduit génital, ou bien d'origine ombilicale.

Au point de vue clinique, l'ostéomyélite des nourrissons est caractérisée : 1° par la multiplicité des foyers osseux; 2° la fréquence du détachement des épiphyses; 3° la fréquence des arthrites; 4° la marche aigue, aboutissant d'ordinaire à la mort. Ces caractères sont d'autant plus accentués que l'enfant est plus jeune. Dans les cas où le petit malade a pu résister, on voit souvent les lésions les plus graves se réparer grâce à la vitalité prodigieuse du système osseux à cet âge.

Le diagnostic doit se faire avec la syphilis et la tuberculose. Pour la syphilis, le diagnostic certain n'est parfois possible que s'il existe d'autre part des signes de syphilis. La tuberculose osseuse chez les nourrissons débute avec des symptômes aigus et fébriles, et bien souvent au début on a lieu de croire qu'il s'agit d'une ostéomyélite aiguë suppurée. Mais si l'on se contente d'ouvrir le foyer de tuberculose osseuse, on le voit guérir aussi rapidement que la péritonite tuberculeuse ouverte, pourvu toutefois qu'une antisepsie parfaite en écarte toute autre infection.

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Nouveau traitement des fibrômes de l'utérus.

Tous les accoucheurs savent que, sous l'influence de la grossesse, les tumeurs fibreuses de l'utérus prennent parfois un volume considérable et qu'après l'accouchement, et surtout si la femme allaite, ces tumeurs subissent une involution analogue à celle de l'utérus et sont quelquefois difficiles à constater. **M. Howitz** (de Copenhague) (*Annales de Policlinique de Toulouse*, février 1897, et *Lyon*

médical, n° 13, p. 460, 1897) a observé des faits analogues et en a tiré cette déduction qu'il fallait conseiller la grossesse et l'allaitement prolongé aux femmes atteintes de myômes.

L'accoucheur danois convient que la conception est souvent entravée par l'existence des fibrômes et que, d'autre part, l'accouchement n'est pas toujours, en pareil cas, exempt de dangers. Aussi propose-t-il, pour obtenir la diminution des fibrômes, les aspirations du mamelon. Sur les sept cas qu'il a choisis, le résultat n'a pas été très concluant, car la méthode d'aspiration a été trop courte et n'a duré que cinq à dix minutes matin et soir. Malgré tout, les résultats semblent favorables : trois malades ont vu leur fibrôme diminuer de volume; chez les autres, pas de changement notable. Le lait est apparu abondamment dans un cas; chez quatre patientes, après un ou deux mois d'aspirations.

En faveur des rapports non contestés qui unissent l'utérus à la glande mammaire, M. Howitz rappelle qu'il avait vu plus d'une fois l'injection intra-utérine être suivie, le jour d'après, d'un écoulement de lait, même chez les vierges.

D'autre part, **Léopold** (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 497, 1896), donnant les résultats des soixante-quatorze hystérectomies vaginales qu'il a faites pour fibro-myômes, dit qu'il a eu deux morts. Les cinquante-huit dernières opérées ayant été revues, on a vu que leur état ne laissait rien à désirer. L'auteur attribue une grande importance au relèvement des forces des malades avant l'opération.

Comme moyen thérapeutique, il emploie les injections sous-cutanées de sérum artificiel, qu'on fait tous les jours à la dose de 200 à 300 grammes.

C'est là une pratique qui donne les meilleurs résultats dans la plupart des opérations graves.

On lit enfin, dans la *Médecine moderne* (n° 24, p. 190, 1897) que **M. Battle**, à l'hôpital « Royal Free », signale un cas où il a été appelé à faire une ovariotomie double pour deux kystes de l'ovaire simulant des fibrômes utérins. M. Battle dit que les points intéressants dans ce cas étaient :

1° La ressemblance de la tumeur avec une tumeur fibreuse de l'utérus ; avant l'opération, il était impossible de parler d'une manière certaine de la nature de la tumeur ; l'histoire de l'augmentation de son volume depuis la cessation des règles, l'absence de ménorrhagie jointe à la grande mobilité de la tumeur rendaient le diagnostic de tumeur de l'ovaire très probable, mais la sensation de dureté et de nodosité à travers les parois abdominales (qui étaient très amincies sur la ligne médiane) avec le résulta de l'examen vaginal indiquait plutôt une tumeur fibreuse. Lui-même il avait penché vers le diagnostic de kyste de l'ovaire, en considérant ces points variés et à cause de la facilité avec laquelle on pouvait mouvoir la tumeur d'un côté à l'autre ; en plus, il pensa qu'il pouvait passer sa main plus facilement sous la tumeur vers le hassin que si la production avait été d'origine utérine ;

2° La présence de deux grandes tumeurs, lesquelles, par une pression réciproque, étaient aplaties de manière à ne former que ce qui paraissait n'être qu'une seule et unique grande tumeur.

Traitement des fibrômes utérins par l'hystérectomie abdominale totale.

M. Diriart (*Th. Paris*, 1896-97 et *Semaine gynécol.*, n° 13, p. 103, 1897) donne dans sa thèse la technique adoptée par M. Routier dans le traitement des fibrômes par l'hystérectomie abdominale totale.

Dans un premier temps, M. Routier, par le vagin, fait une ouverture complète ou incomplète des culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin. Pour cela, le col est attiré aussi bas que possible à la vulve avec une pince de Museux.

Dans un second temps, ouverture du ventre et traitement des annexes, sur lesquels on place une ligature double à la soie, en dehors de l'ovaire sur la partie supérieure du ligament large. Entre les deux ligatures, incision du pont ligamentaire qui les réunit, et attouchement des deux bouts au thermocautère.

Dans un troisième temps, extériorisation et énucléation des fibrômes, que la tumeur soit dans le grand bassin, ce qui est alors foule ou bien dans le petit bassin, cas dans lequel il faut l'énucléer soit après morcellement, soit à l'aide d'un tire-bouchon enfoncé dans le tissu fibreux.

Dans un quatrième temps, on ouvre les culs-de-sac antérieur et postérieur.

Dans un cinquième temps, on pratique l'hémostase des ligaments larges à l'aide de liens élastiques qui sont glissés par l'opérateur dans le cul-de-sac postérieur pour remonter dans le cul-de-sac antérieur. Le nœud de ces liens élastiques est fixé par des ligatures de soie. Alors on sectionne ces pédicules ainsi liés, on les sectionne plutôt aux dépens du tissu usérin, et la tumeur utérine est libérée de toute connexion. Il ne reste plus qu'à faire passer les liens élastiques dans le vagin, un aide les y attire à l'aide d'un pince. On ferme alors la paroi abdominale après toilette du péritoine.

LES LIVRES

Masson, éditeur.

Thérapeutique chirurgicale du goitre, par le docteur L. Bérard (de Lyon). Paris 1897.

Le livre de M. Bérard vient à son heure. Aujourd'hui, en effet, la chirurgie du corps thyroïde, suivant en cela l'évolution qui s'est imposée à la chirurgie toute entière, après avoir parcouru une période de recherches, où toutes les tentatives paraissaient justifiées et toutes les hardiesses

permises, entre dans une phase d'analyse qui permet de faire l'inventaire des progrès accomplis. Exposer et comparer entre elles les diverses méthodes opératoires appliquées à la cure du goitre, mettre en relief les avantages de chaque procédé, permettre en somme de faire un choix raisonné entre les méthodes et les procédés; tel est le premier but de la thérapeutique chirurgicale du goitre. C'est dire que tous les travaux récents et en particulier ceux de Wœlfler, Kocher, Mickuliez, etc., s'y trouvent soigneusement analysés et judicieusement critiqués.

Mais ce livre n'est pas seulement une œuvre de compilation et de critique, il est aussi et en grande partie une œuvre originale qui tiendra sa place à côté des meilleurs travaux sur ce sujet. Elève des chirurgiens lyonnais qui sont depuis de longues années en lutte d'émulation sur ce point avec les Suisses et les Allemands, l'auteur a largement puisé dans les matériaux qu'il avait à sa disposition; aussi l'exothyropexie, les modifications apportées aux opérations sur le goitre par MM. Poncet et Jahoulay, occupent-elles une place à part, justifiée par les documents nombreux et pour la plupart inédits, qui se rapportent à ces opérations.

L'ouvrage se divise en trois parties : Dans la première, l'auteur, s'inspirant surtout des travaux de Wœlfler, a écrit un chapitre d'anatomie normale et pathologique qui fera l'objet d'une critique ultérieure dans la *Gazette Médicale*.

La deuxième partie comprend l'exposé du manuel opératoire, les opérations sur le goitre. La thyroïdectomie partielle, l'énucléation intraglandulaire, l'énucléation massive de M. Poncet, qui n'est qu'une extension de cette dernière, enfin, l'exothyropexie de M. Jahoulay, y sont décrites dans tous leurs détails. L'auteur montre fort hien la tendance actuelle à faire de plus en plus des interventions intraglandulaires qui mettent mieux que les opérations extracapsulaires à l'abri des complications. Celles-ci, nombreuses, font l'objet d'un chapitre très étudié qui sera lu avec intérêt et avec profit.

Dans la troisième partie, nous trouvons énoncés les résultats de ces différentes interventions et la discussion de leurs indications. Grâce aux méthodes nouvelles et à l'antisepsie de plus en plus rigoureuse, la mortalité se trouve réduite à 2 0/0. Les résultats éloignés font l'objet d'un chapitre intéressant : l'auteur montre que d'une manière générale, et en laissant de côté la maladie de Basedow, les opérations sur la thyroïde goitreuse débarrassent définitivement les malades et du goitre, et des troubles fonctionnels qui en sont la conséquence. L'exothyropexie, qui fournit peut être une proportion plus grande de récidives, a du moins l'avantage de provoquer une sorte de maturation artificielle du tissu strumeux qui rend son ablation plus facile.

Passant aux indications, l'auteur montre que chacune des interventions qu'il a décrites trouve son application dans les formes anatomiques multiples des goitres. Il n'y a donc presque pas lieu de les comparer.

L'amélioration s'applique à la plupart des goitres opérables, elle est évidemment l'opération de choix. La thyroïdectomie partielle demeure, dans quelques cas, une opération de nécessité.

Quant à l'exothyropexie, elle est une ressource précieuse dans les accidents aigus et immédiatement menaçants des goitres communs, surtout des goitres suffocants. Elle peut, de plus, être employée avec avantage dans certaines formes diffuses.

J'aurais voulu pouvoir donner une idée plus exacte des nombreuses et intéressantes questions qui se trouvent traitées dans le remarquable travail de M. Bérard, mais cela dépasserait les limites de cette analyse.

Je me hornerai donc à engager le lecteur à lire l'original il y trouvera exposées avec clarté et élégance des choses vues, c'est-à-dire précises, capahles d'intéresser à la fois le savant et le praticien, et dont tous les détails ont leur importance.

C'est là un mérite assez rare pour rendre, à lui seul, ce livre recommandable, mais j'espère avoir montré qu'il l'est encore à d'autres titres, grâce auxquels il restera.

Novè-Josserand (de Lyon).

Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

L'urine humaine, urines normales, urines anormales, urines pathologiques, par Camille Vieillard, pharmacien à Paris, lauréat du concours Brassac (pharmacie centrale de France); préface d'Armand Gautier, membre de l'Institut, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. — In-8 de 430 pages avec 20 figures dans le texte et 4 planches, dont une en couleur. Prix : 6 francs.

Les progrès récents de l'urologie ont imprimé à cette hranche importante des sciences médicales une orientation et une méthode toutes nouvelles dont il importait de fixer les grandes lignes et d'enregistrer les résultats. A ce titre, l'ouvrage de M. C. Vieillard arrive à son heure et vient comhler une lacune, en rattachant, plus étroitement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, la partie purement technique de l'analyse chimique à son interprétation clinique.

Le meilleur éloge qu'on puisse faire de ce livre est de reproduire la flatteuse appréciation du professeur A. Gauthier, de l'Institut, dans la préface qu'il a hien voulu lui consacrer.

« Cet ouvrage, dit l'éminent professeur, sort de la plume d'un homme à la fois consciencieux, hien au courant des méthodes, hien renseigné sur les questions soulevées dans ces derniers temps par l'examen clinique des urines et sur les conclusions qu'on en a tirées. On y trouve à la fois les développements physiologiques, pathologiques et chimiques les plus précis et les plus sûrs... Je puis donc, en toute conscience, conseiller ce livre aux médecins ins-

truits qui cherchent à s'élever au-dessus de la tradition empirique, aussi bien qu'à ceux qui peuvent être appelés à les renseigner sur le problème délicat de la composition des urines anormales ou pathologiques et sur la signification des variations que révèle leur analyse. »

Dans son rapport sur le concours Brassac de 1896, l'honorable M. Lefranc, du Havre, s'exprimait ainsi au sujet du travail de M. C. Vieillard : « Nous estimons que la publication d'un ouvrage aussi complet rendrait service à la santé publique. Médecins et pharmaciens pourraient y puiser de sérieuses indications dans la recherche des maladies. »

Ajoutons enfin que l'exécution matérielle de ce livre est des plus soignées. De nombreuses figures complètent et élucident le texte.

Pour faliciter les recherches techniques l'auteur a groupé à la fin du volume les documents analytiques et les renseignements utiles à la pratique de l'analyse.

Manuel pratique et simplifié d'analyse des urines et autres sécrétions organiques, par E. Liotaro, pharmacien de 1re classe, lauréat, ex-interne des hôpitaux, membre de la Société chimique de Paris et de la Société de médecine de Nice. Un vol. in-18, 1897, avec fig., 2 fr. 50, net, 2 fr. 25.

Les quelques ouvrages de chimie clinique qui ont put être édités jusqu'à ce jour sont trop théoriques et trop complets. Il y avait donc nécessité de rassembler les travaux les plus nouveaux en un ouvrage sous une forme claire, pratique. Le *Manuel* que nous présentons aux lecteurs, sera par suite d'une grande utilité aux médecins, pharmaciens, chimistes et étudiants.

Pour les recherches et les dosages, il n'a été décrit que les procédés les plus rapides et offrant les garanties d'exactitude, autant que cela a été en notre pouvoir.

De plus, le temps faisant souvent défaut, nous croyons qu'il est bon d'avoir une étude simple, courte, sans exposer le lecteur à se perdre dans des détails sans fin et trop complexes.

Nous traiterons d'abord de l'urine en faisant connaître le procédé de détermination de l'azote total pour permettre de calculer le coefficient d'oxidation urinaire.

Nous parlerons ensuite de la bile, du sang, du pus, du chyle, de la lymphe; des calculs urinaires et biliaires, du sperme, leucomaînes, sérosités, kystes, salive, rhinolithes, lait chez la femme, sucs gastrique et pancréatique.

G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

Traité de Thérapeutique et de Matière médicale, par Victor Aud'houi, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris. Un beau volume in-8° de près de 1200 pages. Prix broché : 16 fr.

Cet ouvrage, fondé sur la définition rigoureuse et la classification scientifique des actions médicinales actuellement déterminées, a été écrit, autant pour l'instruction des élèves et la préparation aux examens, que pour servir de memento et de vade-mecum aux médecins praticiens.

Il renferme, dans un ordre méthodique, et distinguées d'après leur caractère, soit rationnel, soit empirique, les médications anciennes et modernes les plus célèbres, ainsi que les médicaments nouveaux et les méthodes de traitement les plus récentes.

Il contient, en outre, les principes de la Nosologie, de la Prophylaxie et de la Pharmacologie.

Enfin une Bibliographie raisonnée complète ce Traité de thérapeutique, où se trouvent résumés les éléments de la matière médicale, et inscrites les formules des compositions officinales et magistrales généralement usitées.

Grande Librairie Médicale A. Maloine, 21-23-25, place et rue de l'École-de-Médecine.

Traité pratique des maladies vénériennes, par M. le Dr Berdal, médecin de consultation à l'hôpital Saint-Louis. Affections blennorrhagiques ; ulcérations vénériennes non syphilitiques ; affections paravénériennes. Préface du Dr Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis, in-8, 1897, avec fig. et pl., 10 fr., net 9 fr.

Nous ne pouvons mieux faire pour présenter ce livre que de donner ici un extrait de la préface du Dr Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

« A tort ou à raison, les maladies vénériennes ont des hôpitaux spéciaux, un enseignement spécial, et tant qu'elles seront une spécialité les médecins auront besoin de livres spéciaux pour les apprendre. De tels livres abondent ; plusieurs sont excellents ; M. Berdal les fait connaître ; et il les complète, car la science marche si vite que les plus récents ne sont déjà plus au point.

» Malgré sa compétence en histologie l'auteur a écarté de son plan l'anatomie pathologique. En revanche les symptômes, le diagnostic et le traitement sont exposés avec tous les développements qu'ils réclament.

» L'auteur écrit exclusivement pour les médecins,

» Les livres antérieurs de M. Berdal sont classiques. Il a désiré néanmoins que ce nouveau livre soit présenté à ses confrères par un de ses maîtres. Tous eussent accepté volontiers la mission.

» Elle m'est particulièrement facile, car mieux que tous peut-être j'ai pu apprécier l'homme, le praticien et le savant. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Concours de prosectorat.

Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le 24 mai 1897.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 15 mai.

Concours de l'adjuvat.

Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 10 mai 1897.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'instruction est ouvert jusqu'au 1er mai.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de chirurgie.

MM. Longuet, 23; Thiéry, 27; Bonglé, 27; Guillemain, 24; Michon, 20; Morestin, 23; Auvray, 23.

La première séance de la deuxième épreuve (épreuve clinique) a eu lieu lundi dernier : MM. Launay, 17; Cazin, 16; Mauclaire, 19, Hautenay, 19.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Fêtes de Pâques 1897.

Extension de la durée de validité des billets aller et retour.

A l'occasion des Fêtes de Pâques, la Compagnie d'Orléans rendra valables jusqu'au jeudi 29 avril inclus les coupons de retour des billets d'aller et retour à prix réduits, qui seront délivrés, aux conditions de son tarif spécial G V n° 2, pendant la période du samedi 10 avril inclus au mercredi 28 avril inclus.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par le tarif précité, lorsqu'elle expirera après le 29 avril.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHYSIOLOGIE DE LA DÉGLUTITION (1)

(*Suite.*)

Troisième temps (temps pharyngien). — *Le bol alimentaire accomplit la traversée œsophagienne.* Le bol alimentaire chemine dans l'œsophage poussé par la contraction des fibres musculaires de l'organe. Si, à l'exemple de Ranvier, on fait avaler à un chien une boule de liège terminée par une longue tige, on constate : 1° qu'il est facile, pendant que s'accomplit cette traversée œsophagienne, d'enfoncer la boule en appuyant sur la tige; 2° qu'il faut employer une véritable force, au contraire, pour retirer la boule. Conclusion : L'œsophage se contracte donc simplement au-dessus du bol alimentaire. Cette même expérience apprend autre chose : c'est que, vers la fin de la course, avant de pénétrer dans l'estomac, la boule subit un mouvement d'arrêt d'une seconde et demie environ, arrêt qu'on peut enregistrer à l'aide d'un petit dispositif spécial. Donc, quand le bol arrive au cardia, celui-ci est fermé, mais il s'ouvre bientôt et le bol le franchit pour pénétrer dans l estomac. Ceci prouve qu'il y a un véritable sphincter cardiaque, ce que niait Schiff. La déglutition œsophagienne comprend donc, à proprement parler, deux temps : 1° un temps œsophagien ; 2° un temps cardiaque.

Nerfs de la déglutition.

C'est là un point obscur ; en effet, la question d'innervation des organes de la déglutition n'est pas bien connue encore ; on peut cependant dégager quelques faits des expériences déjà faites. S'il est vrai qu'on peut, sur le chien, déterminer des mouvements de déglutition plus ou moins parfaits par l'excitation du glosso-pharyngien, du facial, du grand hypoglosse, du trijumeau, il est certain, d'autre part, que le vrai nerf de la déglutition est le pneumogastrique.

Ceci est vrai : 1° pour le pharynx, car la déglutition pharyngienne est très troublée par la section de ce nerf; 2° pour l'œsophage, car la déglutition œsophagienne est complètement supprimée par la section des deux pneumogastriques, ainsi que le prouvent les expériences suivantes de Ranvier :

1° Si, pendant la déglutition, on électrise les deux pneumogastriques, la déglutition continue, mais l'œsophage est fortement tétanisé ;

2° Si on coupe les deux pneumogastriques, il y a immobilisation absolue de la boule qui ne descend plus.

Cette propriété du pneumogastrique appartient-elle, en réalité : 1° à lui, pneumogastrique; 2° ou bien au spinal? On ne sait pas exactement. Il est certain que l'arrachement des racines du spinal trouble la déglutition, mais pas comme la section du pneumogastrique. C. Bernard expliquait cela de la façon suivante : Puisqu'il est démontré, ainsi que Longet l'avait constaté, que la section des récurrents ne trouble guère la déglutition, c'est donc que la fermeture du larynx par les constricteurs glottiques n'est pas nécessaire pour empêcher la pénétration des aliments dans le larynx et que c'est, en somme, à la musculature du pharynx qu'appartient la protection de la cavité laryngée contre la pénétration du bol alimentaire. Eh bien ! il y aurait, pour cette musculature pharyngienne, une double innervation :

1° Une innervation pneumogastrique, liée à la simple propulsion des aliments dans le pharynx ;

2° Une innervation spinale liée seulement à la défense du larynx.

Peut-être (Chauveau et Arloing) les troubles de la déglutition consécutifs à la section du spinal sont-ils tout simplement dus à la paralysie des constricteurs laryngiens de la glotte, laquelle glotte, contrairement à l'opinion de Longet, aurait alors le grand rôle dans la protection du larynx contre l'entrée du bol alimentaire. En ce cas, l'innervation pharyngée resterait exclusivement pneumogastrique.

(*A suivre.*) X. .Y

(1) Voir *Gazette Médicale*, 1896, nos 30, 32 et 35.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU.**

*L'abondance des matières nous oblige à remettre à notre prochain numéro la suite de notre article sur l'*Hydrocèle vaginale.

BULLETIN CHIRURGICAL

DE L'APPENDICITE

Il n'est plus bruit partout que d'appendicite; c'est à peine si la Société de Chirurgie, estimant, sans doute, le sujet momentanément épuisé, vient de clore sa discussion et voilà qu'au sein de l'Académie de Médecine, de la Société médicale des Hôpitaux et de la Société de Biologie l'on soulève de nouveau la question. Rien n'est passé sous silence : anatomie pathologique, bactériologie, pathogénie, diagnostic, traitement, chaque partie trouve son orateur, et si quelques points restent encore aujourd'hui dans l'ombre, ce n'est certes pas faute qu'on n'ait beaucoup parlé. Aussi bien cela n'est-il pas une critique : chacun est venu, et très utilement pour tous, apporter sa pierre à l'édifice.

L'histoire de l'appendicite se transforme; elle sera peut-être bonne à mettre au point dans quelques mois. Le moment n'est pas venu encore d'une revue générale; je voudrais seulement, pour les lecteurs de la *Gazette*, classer tout ce travail des dernières semaines.

Bactériologie.

Voici d'abord **MM. Achard** et **Broca** qui (*Soc. méd. des Hôp.*, séance du 26 mars 1897) viennent donner le résultat des examens qu'ils ont pratiqués de l'exsudat péritonéal recueilli au moment de l'opération :

« Dans 20 cas d'appendicite avec exsudat péritonique purulent, l'examen microbiologique de cet exsudat nous a révélé 7 fois l'existence du colibacille seul, et 10 fois l'association de ce microorganisme avec d'autres espèces parmi lesquelles dominait le streptocoque (8 fois) et où nous avons trouvé aussi le staphylocoque et le pneumocoque. Cette fréquence du streptocoque laisse à penser que, suivant l'opinion de certains auteurs, notamment de Tavel et de Lanz, ce microorganisme joue un rôle important dans la pathogénie de la péritonite appendiculaire. Il est vraisemblable que souvent le colibacille n'intervient que d'une façon secondaire; mais il ne tarde pas à prédominer, grâce à sa plus grande vitalité et à l'exubérance de son développement sur les milieux usuels, si bien qu'il donne seul des cultures lorsqu'on vient à ensemencer le pus. Un autre microbe, plus fragile encore que le streptocoque, le pneumocoque, a été trouvé dans un de nos cas associé au colibacille, quoique nous n'ayons pas accoutumé de le rencontrer dans le contenu intestinal. C'est là, croyons-nous, une preuve de la résistance beaucoup plus grande du pneumocoque dans les tissus vivants que dans les cultures *in vitro*. Enfin, il faut relever encore, dans notre statistique, l'absence du colibacille dans trois cas, dont un pourtant s'accompagnait d'une perforation de l'appendice. En somme, les faits que nous rapportons semblent indiquer que, dans la péritonite appendiculaire comme dans les autres lésions où le colibacille intervient, ce parasite est souvent aidé dans son action par d'autres microbes qu'il ne tarde pas à masquer ou même à faire disparaître. »

M. Charrin (*Soc. de Biol.*, séance du 28 février 1797) montre à la Société de Biologie l'infiltration de streptobacilles dans les follicules lymphoïdes de l'ap-

pendice du lapin à la suite de l'inoculation d'une culture pure de ce microorganisme dans la veine de l'oreille, mais n'attache qu'une importance secondaire à ce streptobacille, et reste bien convaincu que des germes nombreux, aérobies ou anaérobies, sont capables d'agir.

C'est ainsi que **M. Letulle** (*Soc. méd. des Hôp.*, séance du 26 mars 1897) rappelle l'existence non douteuse de l'appendicite éberthienne ou typhique, appendicite typhique qui peut même se produire dans les cas d'infection généralisée suraiguë, une heure après l'inoculation expérimentale. ainsi que l'a observé, il y a quelques mois, sur le lapin, mon ami **Henri Dominici.**

Tandis que **M. Josué** (*Soc. de Biol.*. séance du 13 mars 1897) confirme, en ce qui concerne l'action sur l'appendice des inoculations de culture de strepto-bacille, les conclusions de M. Charrin, **M. E. Mosny** (*Soc. de Biol.*, séance du 6 mars 1897) rapporte qu'un lapin mourut quelques mois après l'inoculation de toxine modifiée du bacterium coli et que l'autopsie de cet animal révéla une appendicite évidente. Des lésions semblables furent constatées à la suite d'inoculations de nature très diverse : toxines du pneumocoque et du staphylocoque doré; aussi est-il fort difficile de dire quel est exactement le rôle des différentes inoculations toxiques sur le développement de ces appendicites spontanées que l'ensemencement de l'exsudat visqueux de la cavité appendiculaire a démontré être de nature strepto-bacillaire.

Il me paraît que cela est fausser la note et dépasser la mesure que de donner à ce processus de réaction de l'appendice iléo-cæcal le nom d'*appendicite.* Ainsi que le fait ressortir une note que nous a remise à mon maître Ch. Monod et à moi **M. Henri Dominici**, il n'y a rien là de spécial à l'appendice et les mêmes lésions, marque de la défense de l'organisme contre l'infection, se retrouvent, à la suite des inoculations expérimentales dont je viens de parler, dans tous les organes lymphoïdes et hématopoïétiques (moelle. rate, foie, plaques de Peyer, etc.). C'est du reste, ce que **Josué** a, de son côté, constaté (*Soc. de Biol.*, séance du 13 mars).

Anatomie pathologique et pathogénie.

Paul Delbet (*Arch. gén. de Méd.*, mars 1897, p. 329), dans une bonne revue générale sur la pathogénie et le traitement de l'appendicite, montre comment, pour expliquer l'apparition des accidents appendiculaires, trois théories sont en présence :

1° Théorie de la colique appendiculaire. — « Pour Talamon, la situation du cæcum, sa faible contractilité déterminent une stase des matières; celles-ci sont massées dans l'ampoule cæcale et désagrégées, roulées en boulettes qui pénètrent dans l'appendice. Arrivées là, elles peuvent être tolérées, ou bien elles provoquent une contraction réflexe violente de la musculaire de l'appendice, *colique appendiculaire* comparable à la colique hépatique. Si la contraction est suffisante elle expulse le corps étranger : le malade guérit; si elle est insuffisante, le calcul reste enclavé et une perforation ne tarde pas à survenir parce que les parois privées de leur vitalité par la compression des vaisseaux sur le corps étranger n'offrent plus aucune résistance à la pénétration des bactéries qui pullulent dans la cavité dilatée. »

2° Théorie du vase clos. — « M. Dieulafoy s'est élevé contre cette théorie. Pour lui le fait principal est la transformation de l'appendice en cavité close, soit qu'un calcul se forme et s'enclave à la base de l'appendice, soit qu'il y ait coudure ou rétrécissement de l'appendice. Dans cette cavité close, les nombreux microbes contenus dans l'appendice s'exaltent, se répandent dans la cavité abdominale et déterminent des lésions de péritonite avec ou sans perforation. »

3° Théorie de l'infection. — « La communication de M. Dieulafoy n'a pas été sans soulever un certain nombre d'objections, car l'oblitération de l'appendice, pour fréquente qu'elle soit, n'est pas constante; aussi la théorie du vase clos n'est-elle pas, par suite, applicable à tous les cas. On a été conduit ainsi à faire jouer à l'infection un rôle prépondérant, ainsi que l'avait déjà fait Poncet en 1892. »

C'est précisément sur ce terrain que s'est engagée et concentrée l'action. A peine **M. Dieulafoy** avait-il sapé par la base (séance de l'Acad. de méd., 10 mars 1896), la fameuse théorie de la colique appendiculaire, qu'au sein même de l'Académie, **MM. Le Dentu, Poncet, Pozzi, Laveran** faisaient à leur tour des réserves sur la théorie du vase clos, que venait de défendre et de proposer M. Dieulafoy. Puis la Société de chirurgie s'emparait de la question (30 décembre 1896) et l'on se rappelle comment, tout en se gardant d'une opinion trop exclusive. **MM. Brun, Jalaguier, Reclus**, laissant à **Routier** le soin de plaider pour la théorie nouvelle, vinrent apporter des faits qui, s'ils ne la ruinaient pas complètement, lui portaient, au moins, une fameuse atteinte. Ainsi commença à venir en faveur, dans l'esprit de chacun, la théorie de l'infection appendiculaire qui, du reste, n'était pas tout à fait nouvelle. Dès ce moment s'ouvrait largement un débat qui, je le répète, ne paraît pas sur le point de prendre fin.

A l'Académie de médecine (séance du 16 mars 1897), **M. Reclus**, dans un bon discours, vint dire qu'en moins de huit jours, il avait pu réunir cinq observations des plus nettes, dans lesquelles l'appendicite se

trouvait évidemment liée à l'entéro-colite. et termina de la manière suivante son importante commnnication : « Il y a trois groupes d'appendicites : un premier groupe est constitué par les appendicites ayant pour cause un corps étranger dans l'appendice. On a peut-être un peu trop négligé cette cause. D'après ma propre statistique, j'estime que la proportion de ces appendicites est de 1 sur 4. Un second groupe comprend les appendicites de voisinage provoquées par l'entérite ou l'entéro-colite. Le troisième groupe, enfin. comprend les appendicites consécutives à un état général infectieux. M. Jalaguier a fourni plusieurs exemples de cette dernière variété. Ces trois ordres de faits peuvent aboutir à l'appendicite en quelque sorte par le même processus. Il suffit pour s'en rendre compte de se rappeler quelle est la conformation de l'appendice. C'est un canalicule se terminant en doigt de gant et cnté sur un autre canal. Lorsque les liquides ou des corps étrangers viennent à stagner dans ce canalicule, il n'est pas besoin de la théorie du vase clos pour expliquer l'inflammation légère qui peut en résulter. Cette inflammation s'étant cantonnée dans l'appendice, il suffit du moindre shock, du moindre refroidissement, d'une indigestion, pour provoquer l'exaltation du microbe et faire éclater l'appendicite avec tous les accidents que l'on connait. C'est ainsi que l'on comprend que l'appendicite peut être l'aboutissant d'un grand nombre d'affections diverses. »

Quatre jours avant la lecture de **M. Reclus**, d'ailleurs, la discussion suivante s'était engagée au sein de la Société médicale des Hôpitaux (séance du 12 mars 1897) :

« **M. Comby.** — Je voudrais aussi attirer l'attention sur les relations qui existent entre la colite mucomembraneuse et l'appendicite, je crois que souvent la première de ces affections est cause de la seconde.

» **M. Mathieu.** — Je crois, en effet, qu'il y a souvent entre ces deux affections un rapport de cause à effet, et je ne puis souscrire à l'opinion formulée par M. Dieulafoy à l'Académie de médecine, opinion par laquelle l'appendicite ne pourrait être l'aboutissant d'une entérite.

» **M. Siredey.** — Je partage absolument l'avis de M. Mathieu; j'ai vu récemment un malade qui, à la suite d'une entérite muco-membraneuse avec sable intestinal, présenta d'une façon très nette des crises de coliques appendiculaires. »

M. Dieulafoy reprit bientôt la parole (séance de l'Acad. de méd., 23 mars 1897) et, dans un remarquable plaidoyer, défendit de nouveau la théorie du « vase clos ». « Je n'ai jamais dit qu'il ne pût y avoir coexistence de l'appendicite et des entéro-colites; mais je dis que cela est exceptionnel, si exceptionnel que vous n'avez pas le droit de dire que l'appendicite est la suite, l'aboutissant des entéro-colites. L'erreur, en l'espèce, vient de ce que souvent l'on prend pour de l'appendicite ce qui n'est que de l'entéro-typhlo-colite. La vraie appendicite, elle, n'a rien à voir avec l'entéro-colite, leur coexistence est la très grande exception. »

Mais **M. P. Reclus** n'entendit point que la discussion en restât là. « M. Dieulafoy, dit-il (séance de l'Acad. de méd., 30 mars 1897), a voulu rassurer la foule des malades atteints d'entéro-colite; moi, je voudrais persuader à ces mêmes malades qu'ils ont à se soigner activement et à se débarrasser au plus tôt d'une affection qui peut avoir, pour eux, de redoutables conséquences. Les observations négatives qu'on nous apporte sont pas probantes; la date où elles ont été prises infirme leur valeur (1837 et 1842), puisqu'alors on ne connaissait pour ainsi dire pas l'appendicite. Aux observations que j'ai déjà signalées, j'en pourrais joindre de nouvelles, venues de MM. Brissaud, Franck, Jalaguier, Comby, Œttinger. On le voit, notre opinion, pour jeune et récente qu'elle soit, n'en est pas moins partagée par nombre de bons esprits. Elle a pour elle la presque totalité des orateurs qui ont pris part à la discussion de la Société de Chirurgie; elle a été défendue à cette tribune par Lucas-Championnière, et bien que la question n'ait été posée à la Société médicale des Hôpitaux que d'une manière incidente, MM. Mathieu, Comby et Marfan ont cité des observations qui l'appuient. D'ailleurs, nous en aurons bientôt le cœur net. Notre débat actuel, qui a le double privilège de se dérouler à cette tribune et d'être mené par un orateur tel que M. Dieulafoy, ne peut pas passer inaperçu : les observations positives ou négatives vont affluer et nous saurons bientôt si l'appendicite est, oui ou non, la conséquence fréquente des entérites en général et des entéro-colites membraneuses en particulier. »

M. Reclus ne se trompait pas : trois jours après, à la Société médicale des Hôpitaux (séance du 3 avril 1897), **MM. Hayem, Du Castel** et **Siredey** défendaient l'origine gastro-intestinale de l'appendicite.

Mais voilà que **M. Potain** (*Acad. de Méd.*, séance du 6 avril 1896) voulut appuyer de sa grande autorité les idées de M. Dieulafoy. « Je n'ai, dit-il, jamais relevé d'accidents appendiculaires chez les malades atteints de colite muco-membraneuse. Nous devons donner tous nos soins à élucider cette question des rapports de l'entérite muco-membraneuse avec l'appendicite. Ils sont légion, ceux que l'entérite muco-membraneuse tourmente; doit-on laisser suspendue au-dessus de leur tête cette épée de Damoclès que représente

l'appendicite? Non, évidemment : toute colite muco-membraneuse ne prépare pas, à notre sens. ne détermine pas, à plus ou moins longue échéance. l'appendicite. Il faut le dire bien haut, car la conséquence prophylactique suit de près la conception pathogénique. Si l'entérite prépare l'appendicite, faut-il que les malades qui en sont atteints se fassent débarrasser de leur appendice pour en prévenir la maladie? Car la colite muco-membraneuse ne guérit pas vite par les moyens médicaux ; souvent même elle reste rebelle à nos traitements. Alors, doit-on, encore une fois, opérer au plus tôt, par précaution ? Eh bien, non: pour une conséquence un peu lointaine de l'entérite, conséquence rare, et non encore bien prouvée, nous ne devons pas exposer des sujets qui supportent assez bien leur trouble intestinal à une intervention chirurgicale, souvent plus grave qu'on ne pense, et en tous cas toujours pénible. » — (*Bull. méd.*)

Aussi **M. Dieulafoy** revint-il à la charge et, dans l même séance de l'Académie de Médecine, défendil avec une nouvelle ardeur et non moins d'éloquence que la première fois les deux propositions qui résument ses idées sur l'appendicite : « 1° L'appendicite suppose une oblitération appendiculaire, quel que soit le mécanisme de cette oblitération ; 2° l'appendicite vraie, l'appendicite vérifiée par l'opération ne survient que très rarement, à titre exceptionnel, dans le cours des entéro-colites. Il ne nous est donc pas permis, jusqu'à plus ample informé, de considérer l'appendicite comme la suite ou l'aboutissant des entéro-colites. »

Que conclure de tout cela? La théorie du professeur Dieulafoy répond indiscutablement à un certain nombre, au plus grand nombre, je crois, des maladies appendiculaires. J'ai pratiqué, il y a quelques mois, sur un jeune homme de dix-huit ans. la résection d'un appendice iléo-cæcal dont la lumière était oblitérée par un corps étranger et qui, au-dessous de l'obstacle, était dilaté en un véritable kyste gros comme un œuf de pigeon ; en ce cas, comme dans un autre que j'ai observé, le doute était impossible. Et, à cet égard il faut noter que le phénomène obstruction et transformation en vase clos n'implique nullement la nécessité d'un corps étranger : M. Dieulafoy n'a, je crois, jamais prétendu nier l'inflammation chronique de l'appendice, les rétrécissements, les coudures, les adhérences de cet organe ; il ne s'inscrit nullement en faux contre l'infection appendiculaire en elle-même; il dit simplement que la vraie appendicite, l'appendicite chirurgicale, si l'on veut, est toujours le résultat d'une transformation de l'appendicite en vase clos, que les autres cas sont de fausses appendicites, des typhlites, de véritables inflammations cæcales, inflammations auxquelles il est sans doute possible que l'appendice participe dans une certaine mesure, mesure qui peut entrer ultérieurement pour une part dans les transformations de l'appendice capables d'engendrer à la longue la vraie appendicite, mais qui, pour le moment, ne suffit pas à créer une appendicite digne de ce nom. Sous une autre forme, l'on peut dire que M. Dieulafoy se refuse à admettre les *relations immédiates* des entéro-colo-typhlites aiguës et de l'appendicite vraie, mais il ne semble pas qu'il nie (ai je bien compris?) que ces typhlo-colites à répétition puissent en fin de compte contribuer — pour une part et avec d'autres éléments sans doute — à préparer un appendice pour l'épaississement, l'oblitération et le vase clos.

De sorte que tout le débat porte, en définitive, sur ce point :

L'appendicite aiguë peut-elle être, par infection propagée dans le premier cas, par infection éloignée dans le second, en dehors de toute transformation de l'appendice en vase clos, la conséquence d'une inflammation plus ou moins violente de l'intestin ou l'aboutissant d'une maladie générale aiguë ? Non, dit M. Dieulafoy; si, dit M. Reclus. Et je crois bien que sur le terrain où ils se sont placés, les deux savants orateurs de l'Académie n'arriveront point à s'entendre, et voici pourquoi. Quand M. Reclus parle à M. Dieulafoy de malades frappés d'appendicite à l'occasion d'une entéro-colite, M. Dieulafoy répond. si les accidents ont été légers : « Fausse appendicite », et s'ils ont été graves et qu'on ait dû faire appel au chirurgien : « Montrez-moi l'appendice ; prouvez-moi qu'il n'était pas oblitéré. Ne reconnaissez-vous pas vous-même qu'il est, ce canal aveugle et anfractueux, souvent tordu, souvent coudé, souvent étranglé ? » Quand, au contraire, M. Dieulafoy parle à M. Reclus de centaines de malades frappés d'entéro-colite sans menace d'appendicite, M. Reclus répond : « Vieilles observations, frappées de non-valeur par l'ignorance où on était alors de l'appendicite ! Mes faits sont positifs : vous dites que mes malades avaient l'appendice fermé, soit... mais n'empêche qu'ils n'en souffraient nullement, et que c'est à l'occasion d'une entéro-colite qu'ont éclaté des accidents aigus, graves, qui ont nécessité l'opération. » Là-dessus, je le répète, il n'y a pas d'accord possible.

Voici mon impression — car je ne saurais, quand de pareils maîtres discutent, avoir autre chose qu'une impression : — D'une part, l'appendice est en continuité avec l'intestin ; comme tel, il peut participer — peu ou prou — aux infections intestinales. L'appendice est, d'autre part, un véritable organe lymphoïde et, à ce titre, prend une part plus ou moins vive au processus de réaction du tissu lymphoïde et

hématopoiétique contre les infections générales. Or, comme personne, dans le cours de sa vie, n'échappe à quelque maladie générale ou à quelque maladie à localisation intestinale, l'on peut dire, je pense, que chacun de nous porte en soi la raison d'une appendicite chronique, puisque chacun de nous a dû être, à une occasion quelconque, frappé d'une réaction appendiculaire aiguë — apparente ou non. Chez beaucoup, cette réaction appendiculaire ne laisse aucune trace ; chez d'autres, elle conduit lentement à une transformation de l'appendice (épaississement, coudure, adhérences, corps étrangers), et voilà comment, quelque mauvais jour, apparaît le vase clos et la *vraie* appendicite, vraie appendicite à la genèse de laquelle il est fort possible qu'une nouvelle attaque d'inflammation intestinale ou quelque maladie générale ne soit pas tout à fait étrangère.

Je pense donc que la théorie de M. Dieulafoy répond à la grande majorité des cas. Mais est-il défendu de concevoir que cette réaction du tissu lymphoïde appendiculaire dont je parlais tout à l'heure, véritable mise en œuvre physiologique d'un appareil de défense de l'organisme, capable d'engendrer, dans certains cas, les premiers désordres des lésions chroniques de l'appendicite, puisse, du premier coup, sans altérations antérieures, s'exalter au point d'affecter la forme d'une vraie appendicite? Oui, si l'on veut — mais il n'y a, je pense, personne pour penser ainsi — n'admettre de vraie appendicite que quand il y a perforation de l'appendice. Non, en toute autre hypothèse, même si on exige la suppuration comme critérium. D'abord, pourquoi une inflammation aiguë de l'appendice ne déterminerait-elle pas l'obstruction précoce du canal appendiculaire par gonflement de la muqueuse? **Josué** ne l'a-t-il pas observé chez le lapin? Et, en acceptant que cela soit difficile et exceptionnel, pourquoi, à un autre point de vue, ne comparerait-on pas (ce n'est pas d'anatomie qu'il s'agit ici) l'appendice cæcal au rectum? Qui ne sait aujourd'hui que les abcès périanorectaux, petits et grands, sont, ainsi que l'avait dit Chassaignac et ainsi que l'a démontré ces dernières années mon maître Quénu, sont tous, sans exception, des périlymphangites et des périadénites? Qu'y a-t-il donc de déraisonnable à admettre que cette folliculite appendiculaire, si parfaitement décrite par **M. Letulle** (Soc. *méd. des Hôp.*, séance du 26 mars 1897) et déjà signalée dans un bon travail de **MM. Siredey et Leroy**, franchit quelquefois les limites de cette vaste plaque de Peyer qu'est l'appendice, et devient, ici une lymphangite et une périlymphangite périappendiculaire, là une adénite et une périadénite périappendiculaire?

Et voilà comment je crois, tout en considérant que l'ingénieuse théorie de M. Dieulafoy est applicable à l'interprétation du plus grand nombre des cas d'appendicite aiguë vraie et à tous les cas, sans exception, d'appendicite suivie de perforation, voilà, dis-je, comment je crois qu'un certain nombre de faits sont justiciables d'une pure réaction de l'appareil lymphatique périappendiculaire auquel il me semble qu'on n'a pas encore assez songé.

Pierre Sebileau.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril. — Présidence de M. Delens.

A propos de la correspondance :

M. Lejars remet une observation de M. Delamare (médecin militaire) ayant trait à une section, par instrument tranchant, des trois derniers tendons extenseurs des doigts. M. Delamare a vu le malade plusieurs mois après l'accident. Ne pouvant trouver l'extrémité inférieure des tendons sectionnés, il a suturé leur extrémité supérieure au tendon extenseur propre de l'index.

M. Lejars est nommé rapporteur.

M. Tuffier remet un mémoire de M. Carle, pharmacien à Bordeaux, sur la stérilisation des objets de pansement, et en particulier du catgut, par les vapeurs d'alcool sous pression.

L'amputation de Syme.

(Suite de la discussion.)

M. Delorme — Je veux donner l'appoint de mon expérience personnelle sur l'amputation de Syme. Depuis ces dix dernières années, ma statistique porte sur sept cas ; six adultes opérés pour ostéo-arthrite tuberculeuse du pied, un vieillard opéré pour une gangrène de l'avant-pied.

Je ferai de suite remarquer à ce sujet que si, en cas de traumatisme, l'opération de Pasquier-Lefort paraît mieux remplir les conditions requises par le chirurgien, dans la tuberculose de l'arrière-pied, l'amputation de Syme, en supprimant le calcanéum, évite la récidive, et c'est alors une excellente opération.

En disant donc que l'opération de Syme, tout en étant une bonne opération, n'est qu'une opération de nécessité, M. Kirmisson ne me paraît pas lui faire une part assez belle. Tous mes malades ont guéri par première intention. Voici quatre moulages tirés de mes opérés. Vous y voyez que les résultats sont des plus satisfaisants. Ils avaient un moignon élastique, assez large, perpendiculaire à l'axe de la jambe. Vous y voyez encore que la cicatrice est bien placée, qu'il n'y a pas eu de rétraction du lambeau. On sera sûr d'éviter cette rétraction, et dès lors ce vice de cicatrisation, si l'on a soin d'éviter le renversement du lambeau et, pour cela :

a) De suturer le lambeau talonnier aux tendons antérieurs et d'assujettir parfaitement les deux lambeaux;

b) De faire un pansement occlusif;

c) De faire une immobilisation assez longue.

C'est généralement le jambier antérieur que l'on fixe au lambeau talonnier. Un pansement irrégulier peut faire dévier le lambeau. Enfin, les malades ne devront pas commencer à marcher avant deux ou trois mois.

Je résume en disant que :

a) Le procédé de Syme n'occupe pas toute la place qu'il mériterait d'avoir dans l'esprit des chirurgiens;

b) Il paraît surtout utile pour les tuberculoses de l'arrière-pied;

c) Il faut revenir à la taille d'un lambeau, à la façon de Syme;

d) Il faut supprimer le temps de la désarticulation;

e) Le procédé de Syme doit donc être un procédé de choix et non un procédé d'exception.

M. Ricard. — Je ne veux pas revenir sur les merites comparatifs des opérations de Syme, Pasquier-Lefort et Pirogoff. Mais je veux parler d'un procédé, un peu particulier, que j'ai eu l'idée de pratiquer dans l'amputation de l'arrière-pied. Il consiste, étant donné qu'il existe peu de parties molles pour tailler le lambeau, à extirper l'astragale, à conserver le calcanéum et à appliquer celui-ci dans la mortaise tibio-péronière, afin de donner de plus grands lambeaux à la plaie.

Voici deux observations qui vont vous faire comprendre mon procédé :

Chez un aliéné échappé de l'asile et qui s'était broyé le pied en voulant sauter dans un train en marche, il ne restait pas suffisamment de lambeaux pour faire une amputation classique du pied. Seule, la région calcanéenne restait intacte. Il est évident que je ne pouvais pratiquer ici qu'un Pasquier-Lefort ou qu'un Pirogoff.

Je taillai donc des lambeaux sur ce que je pus conserver. Mon incision faite, il me restait des os exubérants. J'extirpai les os exubérants et la peau fut encore insuffisante pour recouvrir ce qui restait d'os. J'eus alors l'idée d'enlever l'astragale et de diminuer la hauteur du moignon en plaçant le calcanéum dans la mortaise tibio-péronière, à la place de l'astragale.

Ce qui fut dit fut fait. Je continuai en fixant le petit lambeau plantaire aux tendons dorsaux du pied, et je réunis par première intention. Mon malade conserva ainsi un petit arrière-pied, mobile, représenté par le calcanéum, c'est-à-dire par le talon normal.

Le résultat immédiat fut bon, mais mon malade était aliéné, il le resta et fut de suite réintégré dans son asile. Je ne l'ai eu qu'un mois sous les yeux, et tout en supposant que le résultat fonctionnel ait été parfait, je n'ai pas le droit de l'affirmer.

Comme vous devez le penser, j'étais bien résolu à saisir la prochaine occasion pour pratiquer une seconde fois cette opération. Deux ans plus tard cette occasion se présenta. Il s'agissait d'une gangrène sèche du pied droit au cours d'une maladie infectieuse, gangrène parfaitement limitée par son sillon d'élimination.

Je proposai une amputation rectificatrice du pied. Le professeur Ball, médecin du malade, s'opposa à ce que le malade prît du chloroforme, et l'opération fut refusée. Pendant les 18 mois qui suivirent, le malade élimina progressivement la plupart des os de son avant-pied. Ball étant mort, il revint me voir et l'opération, cette fois-ci, fut décidée. Comme il n'y avait pas encore suffisamment de peau saine pour faire une amputation régulière du pied, j'opérai comme dans le cas précédent, en enlevant l'astragale et en plaçant le calcanéum dans la mortaise tibio-péronière pour libérer les lambeaux et diminuer la hauteur du moignon. Ce malade a parfaitement guéri avec un beau moignon mobile, grâce auquel il marche sans appareil prothétique.

Cette opération, c'est donc une astragalectomie simple, facile, sans section osseuse calcanéenne, toujours difficile à adapter à celle du tibia. Ici, le calcanéum s'accommode parfaitement dans la mortaise; il se fait probablement une néarthrose permettant le mouvement. Dans aucun de mes deux cas, je n'ai vu de rétraction du lambeau par le tendon d'Achille.

Au demeurant, cette opération peut se résumer ainsi :

C'est un Chopart avec astragalectomie; c'est un Pasquier-Lefort sans section osseuse du calcanéum et du tibia.

Le talon repose à plat, le calcanéum est mobile. Je propose donc cette opération pour les rares temps où elle trouvera son application.

(M. Ricard présente le moulage de son dernier opéré.)

M. Lejars. — Les deux premiers faits d'opération de Syme que j'apporte n'ont qu'un intérêt opératoire. Les deux malades sont morts ultérieurement par les progrès de leur maladie sans avoir pu se servir de leurs moignons qui étaient cependant parfaits.

J'ai fait sept amputations de Syme. Dans un cas il y a eu un accident du côté du lambeau. Mes quatre derniers opérés ont parfaitement guéri et ils marchent très bien, l'un depuis 1891, l'autre depuis 1894. Je vous présente aujourd'hui le cinquième, opéré depuis 1895 pour un ostéo-sarcôme du pied, et qui marche maintenant tout le jour sans fatigue.

Je crois que dans les opérations ostéo-plastiques du pied, d'après le Pasquier-Lefort, la fusion du calcanéum et du tibia n'est pas toujours nécessaire pour permettre le fonctionnement du moignon. Une réunion fibreuse seule peut suffire. Voici une pièce qui en fait foi.

M. Lucas-Championnière. — Je ferai remarquer que le malade de M. Lejars marche non sur son moignon, mais avec un appareil prothétique d'amputation de jambe. Le résultat est évidemment bon, mais convenons que d'autres

opérations auraient pu conduire à un résultat semblable. Ce fait démontre bien que chez tous ces malades, les lambeaux fatiguent considérablement et ne peuvent être directement utilisés.

Très intéressante est la communication faite par M. Ricard. Mais, en somme, le résultat obtenu par M. Ricard n'est-il pas celui que donne en général l'extirpation de l'astragale? *A priori*, le résultat devait être bon. Cette opération me tentera beaucoup dans les cas rares où elle trouvera son application. Je lui présage un heureux avenir, car elle a l'avantage de donner au malade un point d'appui normal, c'est-à-dire le talon.

M. Lejars. — C'est volontairement que mon malade porte un appareil prothétique, et je pense que tous les opérés par le procédé de Syme doivent porter un appareil prothétique, systématiquement, pour protéger leurs moignons.

M. Berger. — Une chose m'étonne dans l'opération de M. Ricard que j'ai cependant entendue avec le plus grand intérêt. Comment se fait-il que M. Ricard ait obtenu, après l'ablation de l'astragale, un raccourcissement suffisant pour réunir les deux lambeaux dorsal et plantaire qui auparavant laissaient l'os exubérant? Nous savons, en effet, que dans l'astragalectomie, pour pied bot varus, nous obtenons un raccourcissement du cou-de-pied inappréciable.

Pour ce qui est de l'équinisme consécutif à certaines opérations de Syme, je crois qu'on sera sûr de l'éviter si le malade ne suppure pas, s'il n'y a pas de fusées purulentes le long des gaines tendineuses et, en particulier, le long de la gaine du tendon d'Achille.

M. Ricard. — Peut-être le raccourcissement s'est-il produit surtout par la disparition de la tête de l'astragale. Dans le premier cas, toutefois, j'ai oublié de vous dire que j'avais dû abraser la grande apophyse du calcanéum pour permettre la réunion des deux lambeaux. Dans le second cas, la juxtaposition s'est faite naturellement.

M. Kirmisson. — Nous sommes donc tous d'accord sur la valeur qu'il faut attribuer à l'opération de Syme. C'est une excellente opération, mais une opération que je crois être de nécessité et non de choix, ainsi que je l'ai déjà dit dans la dernière séance.

Je ne pense pas que les modifications apportées par M. Delorme dans l'exécution de cette opération soient très avantageuses. Ce que fait M. Delorme, c'est une amputation de jambe dans sa partie inférieure.

Il transforme l'opération de Syme en une amputation de la partie inférieure de la jambe.

Contrairement à M. Delorme, j'avais conclu, dans mon rapport, qu'il était avantageux, au lieu de tailler le lambeau selon la méthode de Syme, de tracer simplement ce lambeau et de désarticuler ensuite.

Le malade de M. Lejars montre bien la différence qui existe entre l'opération de Syme et les opérations ostéoplastiques. Pour moi, je le répète, celles-ci valent mieux. Elles donnent un bon moignon. La pièce présentée par M. Lejars montre bien aussi que la soudure osseuse n'est pas nécessaire et que la soudure fibreuse suffit. La mobilité du moignon ne gêne pas, au contraire, et nous arrivons ainsi à la conception de M. Ricard, où l'on obtient un calcanéum extrêmement mobile.

M. Berger a raison de dire que l'on évitera l'équinisme si l'on évite l'infection de la plaie. Alphonse Guérin avait déjà pressenti cette raison quand il pratiquait son pansement ouaté.

M. Delorme. — Je n'ai nullement compliqué l'opération de Syme en apportant les modifications dont j'ai parlé.

Mes expériences cadavériques me conduisent aux mêmes conclusions.

En somme, la seule différence qu'il y ait entre M. Kirmisson et moi, c'est que je sectionne au début de l'opération le plateau tibial, au lieu de le sectionner à la fin.

Traitement des abcès consécutifs à la coxalgie. — Injections modificatrices. — Arthrotomie et curettage.

M. Mesnard (de Berck-sur-Mer). — J'ai coutume de traiter tous les abcès froids consécutifs à la coxalgie et au mal de Pott par les injections modificatrices et, parmi les liquides modificateurs, je donne aujourd'hui la préférence au naphtol camphré.

Depuis deux ans, j'ai traité ainsi cinquante-cinq cas nouveaux au cours de la coxalgie. La plupart du temps, il a suffi de faire, dans la cavité de ces abcès, de deux à dix injections, à des intervalles de dix à quinze jours, pour obtenir la guérison complète de ces abcès.

Mais je dois dire que cette guérison n'est pas la règle. Il y a des cas (j'en ai eu sept sur les cinquante-cinq dont je vous ai parlé) où, malgré le traitement susnommé scrupuleusement suivi et même prolongé, l'abcès diminue bien, mais ne disparaît pas. D'autres fois, l'abcès disparaît, mais pour reparaître plus tard.

Au total, il y a des abcès froids tuberculeux qui, quoique n'ayant pas de tendance à s'ouvrir, ne guérissent cependant pas. C'est ainsi que chez une de mes petites malades âgée de 11 ans, momentanément guérie d'un abcès froid post-coxalgique, j'ai vu l'abcès se reformer après une scarlatine, s'ouvrir même et ne guérir qu'après l'arthrotomie.

Ce cas et deux autres cas antérieurs de récidives d'abcès, guéris définitivement par l'arthrotomie, m'ont engagé à devancer l'intervention sanglante chez tous les coxalgiques dont les abcès froids résisteraient aux injections modificatrices.

Cette intervention consiste dans l'incision de l'abcès froid, dans le curettage complet de l'abcès et dans l'ouverture de la cavité articulaire en suivant le trajet tuberculeux qui la fait constamment communiquer avec la cavité de l'abcès.

J'avoue qu'il est quelquefois difficile de suivre ce trajet,

J'estime même que la complexité de ce trajet rend compte, jusqu'à un certain point, de l'insuccès des injections modificatrices qui n'ont pu ainsi pénétrer jusque dans la cavité articulaire. Il est vrai que l'existence d'un séquestre dans la cavité peut encore expliquer cet insuccès, bien que l'on sache que le séquestre aseptique ne saurait nuire à la guérison d'une articulation tuberculeuse. Plus, peut-être, que les séquestres et les trajets complexes, les foyers suppurés, parfois doubles, sont-ils cause de l'insuccès des injections. En un mot, c'est toujours cet insuccès qui me conduit, dans la pratique, à l'acte opératoire.

Donc, après avoir soigneusement curetté l'abcès, ouvert le trajet qui conduit à la jointure, sectionné le col fémoral et enlevé la tête, j'abrase à la curette le cotyle plein de fongosités, je termine par un lavage à l'eau chaude au sublimé, et je réunis par première intention, sans drainage.

J'ai toujours obtenu, sauf une fois, la réunion par première intention. J'évite l'emploi du drain parce que je pense que les liquides, à l'écoulement desquels il sert, traversent le pansement, suppriment son occlusion et sont cause de l'infection de la plaie.

Les résultats éloignés présentés par mes malades datent de quinze mois ou de deux ans. Ces résultats sont bons, mises de côté les réserves qu'impose toujours une coxalgie tuberculeuse. Le raccourcissement du membre a été constant mais non excessif. Il a varié entre 3, 4 et 5 centimètres. Selon moi, trois éléments contribuent à déterminer ce raccourcissement : l'ascension du grand trochanter, le ralentissement dans l'accroissement du squelette et l'adduction de la cuisse. J'ai dit le ralentissement de l'accroissement du squelette ; mais souvent il y a allongement de la diaphyse du fémur ; dans les deux cas, gêne pour la marche, soit par défaut, soit par excès. J'insiste donc sur ces troubles trophiques des os longs du membre atteint de coxalgie. Contre les deux premières causes de raccourcissement on reste impuissant. On peut lutter, au contraire, contre l'adduction par des opérations orthopédiques appropriées.

Présentations de malades.

PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX ET OPÉRATION D'OXTON

M. Kirmisson présente un malade atteint d'un pied plat valgus douloureux double.

J'ai pratiqué des deux côtés l'opération d'Oxton. Mes collègues, et en particulier M. Quénu, disent avoir retiré de très mauvais résultats de cette opération. A la vérité, je conviens que l'opération d'Oxton est une opération d'exception, mais vous pouvez voir que chez le malade que je vous présente elle a donné de très bons résultats.

M. Reynier. — Le jeune opéré de M. Kirmisson est âgé de 16 ans. Sa mère est atteinte d'une maladie nerveuse. Lui-même présente l'absence des réflexes cornéen et pharyngien. Il paraît être, en somme, hystérique. Je tenais à insister sur ces faits pour vous montrer, sur un malade atteint de tarsalgie des adolescents pris au hasard, combien est vraie l'opinion que je soutiens depuis longtemps, à savoir que tous ces malades sont des nerveux et que l'on pourrait peut-être les guérir de leur affection par un traitement approprié sans intervention sanglante.

TRAITEMENT AMBULATOIRE DES FRACTURES DE JAMBE

M. Reclus. — Avant de vous lire le rapport dont vous m'avez chargé sur le traitement ambulatoire des fractures de jambe, je tiens à vous montrer les pièces du procès. Ce sont deux malades traités par cette nouvelle thérapeutique. Le premier, vous l'avez déjà vu. On lui a appliqué un appareil ; ce malade a marché pendant toute la durée du traitement de sa fracture, et vous pouvez vous rendre compte que le cal est parfaitement constitué.

Le second malade est actuellement porteur de son appareil. Cet appareil a été fait par mon interne M. Cestan par un procédé qui lui est personnel.

M. Le Dentu. — Les deux malades présentés par M. Reclus excitent à juste titre notre curiosité.

Pour ma part, je les ai examinés avec d'autant plus d'intérêt que, il y a deux ou trois ans, j'ai tenté dans mon service le traitement ambulatoire de certaines fractures de jambe, mais nous n'avons pu appliquer que des appareils défectueux. Nos malades présentaient un œdème du membre considérable. Bref, j'ai abandonné le procédé.

Je vois qu'aujourd'hui, on y a fait des modifications avantageuses et je pense qu'il faut, dans certains cas de fracture, tenter le traitement ambulatoire et ne pas le repousser d'une façon systématique.

ACTINOMYCOSE CERVICALE TRAITÉE PAR L'IODURE DE POTASSIUM

M. Delorme présente un malade atteint d'actinomycose cervicale qui a été traité depuis cinq mois par l'iodure de potassium à haute dose. Le malade a été très notablement amélioré par ce traitement.

ACTION ÉPILATOIRE DE LA RADIOGRAPHIE PROLONGÉE

M. Delorme présente un malade atteint d'une lésion traumatique de l'oreille (balle de revolver). La recherche de la balle a été faite par radiographie. La région temporo-mastoïdienne du malade a été soumise à l'action des rayons X pendant une heure, à une distance de quarante centimètres. Le malade présente actuellement, dans cette même région, une chute totale des cheveux, et la balle n'a pas été révélée.

M. Lejars présente le malade de M. Delamarre (médecin militaire) dont il a remis l'observation au début de la séance.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Fièvre traumatique aseptique.

M. Pillon (*Pr. méd.*, 27 mars et *Méd. mod.*, 27, 1877) étudie la fièvre traumatique aseptique. Sous ce nom il faut entendre : l'hyperthermie, le plus souvent légère et de courte durée, consécutive aux traumatismes accidentels ou opératoires qui atteignent des individus sains, non diathésiques et ne déterminent ni infection parasitaire endogène ou exogène, ni pénétration d'un corps amicrobien étranger à l'organisme et capable d'altérer ce dernier autrement que par action mécanique.

La fièvre traumatique aseptique est due à la résorption de substances pyrétogènes provenant : *a*) de l'épanchement traumatique; *b*) des produits de nécrobiose des cellules lésées mécaniquement; *c*) des produits élaborés par les éléments anatomiques troublés dans leur vitalité; *d*) des produits sécrétés par les globules blancs migrateurs.

Une partie de l'élévation de la température est due à l'élément nerveux sensitif (expériences d'Ansonneau).

La connaissance de la fièvre traumatique aseptique n'a pas seulement une grande importance théorique; le chirurgien devra toujours s'efforcer d'en poser le diagnostic. De cette façon, il s'évitera des craintes inutiles et il renoncera à des interventions intempestives.

De la chloroformisation.

M. le docteur Huguet (*Centre méd.*, mars 1897 et *Rev. des Trav. de Méd. et de Chir.*, n° 14, 1897) résume ainsi les causes de la mort pendant la chloroformisation :

Les accidents se produisent, soit tout à fait au commencement de la chloroformisation, soit au cours de l'opération, soit au moment de la première incision.

L'accident initial est dû à un réflexe d'arrêt partant du nerf nasal et du laryngé supérieur, aboutissant aux fibres cardiaques du pneumo-gastrique et aux nerfs moteurs respiratoires. L'expression du phénomène est la syncope cardiaque ou la syncope respiratoire, ou l'une et l'autre simultanément. A la période tout à fait initiale, c'est la syncope cardiaque qui constitue le danger imminent, car l'arrêt primitif et complet du cœur est d'ordinaire irrémédiable par tous les moyens à notre disposition, tandis que la syncope respiratoire comporte une intervention presque toujours efficace.

La mort au cours de l'opération correspond à l'imprégnation et à la saturation plus ou moins complète des éléments nerveux auxquels se fixe le poison; la mort est le résultat de l'action purement toxique de la substance, laquelle, en dernière analyse, frappe d'extinction fonctionnelle la portion bulbaire du myélaxe; dans ce cas, c'est par la suspension primitive de la fonction respiratoire et secondairement de la fonction cardiaque que se produit l'accident final.

La mort, au moment de la première incision, provient d'un réflexe (excitation centripète et répercussion sur les centres moteurs cardiaque et respiratoire) qui n'a pas encore été anéanti par l'action anesthésique; il sera donc bon de n'opérer qu'après résolution complète.

D'un autre côté, **MM. Hare** et **Thornton** (*Journ. of Amer. Med. Assoc.* et le *Scalpel*, n° 39, p. 260, 1897) étudient les conditions dans lesquelles ont doit préférer la narcose par le chloroforme à la narcose par l'éther, anesthésique assurément moins dangereux :

1° Dans les climats chauds où l'éther est inapplicable et où la libre circulation de l'air ambiant augmente la sécurité du malade;

2° Le chloroforme doit être employé chaque fois qu'un grand nombre de personnes doivent être promptement soumises à la narcose, par exemple sur les champs de bataille;

3° L'emploi du chloroforme est indiqué dans les cas de mal de Bright réclamant l'attention du chirurgien, et cela parce que l'anesthésie peut être obtenue avec une quantité de chloroforme si petite qu'elle n'irrite pas les reins, tandis que l'éther, devant être employé en grande proportion, irrite ces organes. Toutefois, à quantité égale, l'éther est le moins irritant;

4° En cas d'anévrysme ou d'athérome, quand le *shock* d'une opération sans anesthésique constituerait un plus grand danger que celui déterminé par le narcotique, on doit employer le chloroforme parce que l'effet stimulant de l'éther sur la circulation et la pression sanguine peut causer une rupture vasculaire;

5° Chez les enfants ou chez les adultes qui ont déjà de la bronchite ou qui sont connus pour mal supporter l'éther (idiosyncrasie);

6° Les personnes qui se livrent à de violents efforts musculaires, qui sont fortes et robustes, sont plus exposées avec le chloroforme que les personnes maladives et faibles, probablement parce que les efforts musculaires ont une tendance à surmener le cœur et à en dilater les parois.

De l'actinomycose animale.

M. le Dr Démias (Th. de Lyon, 1897). — Dans la région lyonnaise, on rencontre l'actinomycose animale environ 1 fois sur 1,000 animaux abattus. La forme la plus fréquente, le type de l'actinomycose animale, c'est la forme néoplasique des maxillaires et, plus particulièrement, des maxillaires inférieurs, observée presque exclusivement chez les bovidés, avec ou sans participation de la langue au processus.

Les métastases, chez les animaux, sont exceptionnelles.

Le traitement à l'iodure n'offre pas de garantie absolue. Il ne convient que pour les formes superficielles et semble

être resté sans effet dans les cas anciens térébrants, surtout avec infection secondaire.

On ne saurait compter sur la cuisson pour empêcher l'infection de l'intestin par une viande actinomycosique, comme le démontrent de nombreuses observations recueillies chez l'homme (Grill, Illisch, Poncet). L'alimentation même avec des viandes cuites n'empêche pas le développement de l'actinomycose intestinale, les spores, en effet, résistent à une température de plus de 100°. L'infection par contact d'animaux malades pour les surfaces cutanées est heaucoup moins fréquente que les contagions d'origine végétale.

CHIRURGIE DE LA PEAU

Cautérisation ignée et traitement chirurgical du lupus.

M. Brocq (*Rev. internat. de méd. et de chir.*, 25 mars et *Méd. mod.*, n° 27, 1897) pose les indications de la cautérisation ignée et du traitement chirurgical du lupus. Le cautère simple détruit en masse et d'un seul coup. Son emploi est donc indiqué lorsqu'on a affaire à un lupus circonscrit. On volatilisera ainsi la néoplasie lupique et le rayonnement sera tel que l'on pourra détruire l'infiltration latente. La récidive ne sera plus à craindre, mais l'inconvénient du procédé est la cicatrice profonde qui en résulte. Il ne faudra donc l'employer que pour un lupus minuscule à 1, 2 ou 3 tubercules.

Le thermo-cautère Paquelin se recommande surtout aux praticiens de province pour qui le galvano-cautère aurait une foule d'inconvénients, telle l'impossibilité où l'on est d'être toujours certain de son bon fonctionnement. On se sert de pointes très fines, courtes, permettant de le tenir bien en main, avec toute la souplesse désirable.

A l'hôpital on se sert du galvano-cautère. Si l'on fait au préalable de l'anesthésie locale, si on congèle la plaie, il faut avoir grand soin de la circonscrire auparavant par un trait d'encre, pour éviter de la voir disparaître sous le gel. Aussi, toutes les fois que le malade y consentira, sera-t-il préférable de ne pas anesthésier; on se hornera à nettoyer avec la vaseline. Le cautère sera porté au rouge sombre.

Pour détruire un lupus, on commence par le circonscrire à 2 ou 3 centimètres autour de la néoplasie visible; puis, avec la pointe du cautère, on fait une sorte de tatouage, en l'enfonçant de manière à dépasser les tissus malades de 1 ou 2 millimètres. Il est bon de laisser entre les ponctuations un espace de 3 à 4 millimètres, pour éviter les cicatrices kéloïdiennes. Mieux valent des séances plus nomhreuses que des cicatrices marquées. Cette distance de 3 à 4 millimètres est d'ailleurs variable suivant la région à opérer; à maintenir pour un lupus du nez, elle peut être diminuée pour un lupus du centre de la joue.

Pendant les 24 premières heures, pansement phéniqué, boriqué ou au suhlimé à 1/1000, appliqué à l'aide de quelques doubles de tarlatane. Si inflammation, suintement, formation de croûtes, on continue les pansements humides; sinon, emplâtres de Vidal, de Vigo, emplâtre créosoté, emplâtre à l'acide salicylique. Au bout de 15 à 20 jours, la cicatrisation est en général complète et on passe à une nouvelle application de thermo-cautère.

Excellente dans le lupus non exedens, la cautérisation est mauvaise dans le lupus vorax; mais où son application s'impose surtout, c'est dans le lupus des muqueuses. La cautérisation n'est pas à conseiller dans le lupus érythémateux aberrant, mais il est utile dans le lupus érythémateux fixe; il faut l'employer sans hésitation toutes les fois qu'on aura affaire à des verrues, des végétations, des molluscum, des papillomes.

Voici les règles que conseille l'auteur en ce qui concerne le traitement chirurgical du lupus.

Contre le lupus vulgaire des mains ou des pieds à forme scléreuse, raclage à fond, cautérisation au chlorure de zinc; pansement iodoformé.

Pour le petit lupus des membres : ablation.

Pour le lupus volumineux des membres : grattage, et méthode allemande de la greffe.

Pour le grand lupus du centre des joues, gagnant les parties voisines, par la cautérisation ignée, mais traitement chirurgical.

Petit lupus du centre des joues : électro-cautère, énucléation ou scarification.

Lupus des paupières, narines, lèvres : scarification.

Lupus des muqueuses : raclage et pansement au naphtol camphré, à l'acide lactique et à l'iodoforme.

Lupus vorax : scarification.

Lupus à période dite des tubercules isolés : méthode mixte de scarification et de cautérisation.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Traitement galvano-caustique de l'hypertrophie de la prostate d'après la méthode de Bottini.

M. A. Freudenberg (*Méd. mod.*, n° 27, 1897) rappelle que dans ces derniers temps le traitement de l'hypertrophie prostatique a été très à l'ordre du jour, mais qu'on a peu tenu compte du procédé de Bottini qui a attiré l'attention sur le traitement galvano-caustique des troubles de cette affection. Bottini qui, en 1875, fit la première opération et publia le premier travail sur ce sujet en 1877 dans les *Archives de Langenbeck* a indiqué deux instruments, le cautère prostatique et le histouri prostatique; depuis 1882, il a amélioré le procédé par la réfrigération au moyen de l'eau. Le premier instrument, comme l'indique son nom, sert à détruire par la galvanocaustie une portion de la prostate; le second sert à faire plusieurs incisions de la prostate dans diverses directions. Bottini se sert exclusivement de ce dernier. L'anesthésie généralisée est inutile; on fait une injection préalable de 5 centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 5 0/0 dans l'urètre après évacuation de la vessie. Les douleurs de l'incision sont

très faibles. L'hémorrhagie est minime et le résultat est immédiat. Sur 80 cas, Bottini a eu 2 cas de mort par l'emploi du cautère. La pénétration de l'urine empêche la réunion des incisions. Bottini n'a jamais eu de récidive.

M. Freudenberg a opéré 5 cas avec succès, dont 3 sont présentés. Il croit devoir recommander cette opération contre la castration ou la section du canal déférent.

Urétéro-pyélo-néostomie.

M. Ch. Monod, à l'Académie de médecine (séance du 30 mars 1897), lit un rapport sur le cas d'un malade chez lequel, pour guérir une hydronéphrose volumineuse due à mauvais abouchement de l'uretère dans le bassinet. M. Bazy, après avoir évacué la collection par une large incision, sectionna l'uretère et le réimplanta dans le bassinet en un point déclive, favorable à l'écoulement de l'urine.

A propos de cette opération que M. Bazy a appelée urétéro-pyélo-néostomie, dont on peut rapprocher les cas analogues de Kuester, Cramer, Helferich, Finger, etc.. M. Monod fait remarquer la tendance de la chirurgie rénale actuelle à être plus conservatrice qu'autrefois.

Dans les cas d'hydronéphrose fermée ou définitive, en particulier, alors que jusqu'ici l'ablation du rein semblait la seule ou la meilleure ressource, l'incision du rein lui-même, combinée ou non avec la néphropexie, ou la recherche de l'abouchement de l'uretère dans le bassinet et la section du rétrécissement qui siége parfois à ce niveau, ou bien, enfin, l'urétéro-pyélo-néostomie peuvent, tout en n'entraînant pas le sacrifice du rein, point capital, donner des guérisons complètes et durables.

Traitement du rein mobile.

M. Duplay (*Rev. prat. de Trav. de Méd*, p. 105, n° 14, 1897) a, dans une clinique récente, étudié le rein mobile et présenté la thérapeutique chirurgicale de cette affection, qu'il résume ainsi :

Le sujet est couché sur le côté sain, un coussin rond étant enfoncé dans l'échancrure iléo-costale, de façon à faire saillir la région à opérer. On trace une incision à 5 ou 6 travers de doigt des apophyses épineuses et, par conséquent, parallèle au bord du carré des lombes, partant de la onzième côte et descendant à deux travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. On sectionne successivement la peau et les tissus sous-cutanés, puis l'aponévrose superficielle de la masse sacro-lombaire et le bord inférieur du grand dorsal, enfin l'aponévrose profonde de la masse sacro-lombaire (feuillet moyen de l'aponévrose postérieure du transverse). On reconnaît le bord externe du carré des lombes qu'on déjette en dedans pour démasquer le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse sur laquelle repose la partie postérieure de la graisse périrénale.

Cette aponévrose est incisée, puis la graisse périrénale. On recline ensuite le côlon ascendant et la graisse qui l'entoure en dehors et, en même temps, l'on refoule en haut le cul-de-sac pleural.

A ce moment, un aide réduit le rein en exerçant une pression profonde par la paroi abdominale antéro-latérale. L'organe reconnu dans la plaie, on procède à sa dénudation avec les deux index.

Le rein dénudé, on place deux fils de soie plate ou de catgut n° 3, qui traversent sa capsule et même une petite partie de la substance rénale, l'un en haut à la hauteur de la douzième côte et l'autre en bas. Le rein, traversé de la sorte à ses deux extrémités, est maintenu par un aide, ce qui permet à l'opérateur de procéder à sa décortication.

Enfin, on fixe les fils en traversant, en haut, l'aponévrose du carré lombaire et les parties fibreuses qui entourent la douzième côte, en has le bord du même muscle d'une part et ses aponévroses d'autre part. Les fils sont noués en arrière en serrant modérément.

THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINÉRALE

Schinznach-les-Bains près Bâle (Suisse).

Malgré son nom un peu rébarbatif, il s'agit d'une charmante station, à clientèle essentiellement *française* et dont la renommée, trois fois séculaire, est due à des ressources thérapeutiques véritablement *hors ligne*. Sulfureuse, calcique et magnésienne, l'eau minérale de Schinznach est exceptionnellement riche en gaz (90 cc. d'hydrogène sulfuré et 38 cc. d'acide carbonique par litre), ce qui lui a permis, dès longtemps, de se spécialiser par son service d'inhalations sèches (*atmiatrie*) célèbre dans le monde entier.

Mais Schinznach n'est point seulement une station précieuse pour la cure des affections respiratoire. Le Dr Monin a mis en relief sa valeur, hors de pair, pour le traitement des dermatoses rebelles et surtout pour l'éradication progressive des états diathésiques : scrofulose, arthritis, syphilis ancienne, etc... Enfin par l'addition *des eaux-mères le plus richement chlorurées*, on peut, maintenant, donner, dans la station, des bains et douches sulfureuses-salines dont l'action hématogène et névrosthénique est absolument incomparable.

Les registres de la station représentent un véritable livre d'or, où se trouvent consignées les cures, nombreuses et souvent imprévues, d'états mobides réfractaires à toutes médications. D'ailleurs, depuis longtemps déjà, le gouvernement helvétique dirige à Schinznach les enfants affectés de tuberculoses locales (lupus, mal de Pott, tumeurs blanches, etc.,) et ce choix, éclairé par d'éclatantes guérisons annuelles, a constitué, peu à peu, la clientèle d'élite de la station argovienne si renommée.

Le confortable matériel et les installations balnéaires sont, d'ailleurs, à la hauteur des ressources hydriatiques naturelles. Nos confrères désireux de s'en convaincre n'ont qu'à s'adresser au directeur, M. Amsler, à Schinznach

(Suisse), qui s'empressera de leur envoyer les croquis et renseignements, imprimés ou manuscrits, du plus vif intérêt *pour eux et pour leurs malades*. Les indications capitales de Scbinznach sont, je le répète : les bronchites chroniques, les dermatoses, le rhumatisme chronique, la scrofulotuberculose à forme torpide, la syphilis, la neurasthénie et, en général, *les états constitutionnels réfractaires aux médications de l'officine*.

Dr Ph. Bernard.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHYSIOLOGIE DE LA DÉGLUTITION (1)

(Suite et fin.)

Nature de la déglutition.

Quoi qu'il en soit de toutes ces théories, trois faits ressortent de l'étude de la déglutition :

A. Son caractère réflexe et nécessairement réflexes;

B. Sa forme, sa nature, et la sorte d'indépendance partielle du système nerveux qu'elle présente;

C. L'association des déglutitions pharyngienne et œsophagienne.

A. Caractère réflexe de la déglutition.

La déglutition est fatalement commandée par la mise en œuvre de la sensibilité pharyngienne : il est impossible de déglutir à **vide**.

B. Sa forme, sa nature, l'indépendance relative qu'elle présente avec le système nerveux.

La déglutition se fait toujours par une contraction musculaire progressive qui marche de haut en bas, l'excitation expérimentale ne fait jamais contracter l'œsophage dans un sens opposé, et il est curieux : 1° que la contraction commencée en baut ne puisse être interrompue par rien et doive s'accomplir jusqu'à l'extrémité inférieure ; 2° que l'action même du système nerveux soit impuissante à l'arrêter. La première proposition est prouvée par cette expérience de Ranvier : si l'œsophage en expérience est divisé en deux parties par une ligature serrée, le mouvement se propage au delà de l'interruption. La seconde proposition est démontrée par les deux expériences suivantes de Ranvier : 1° Si on sectionne les deux pneumogastriques et qu'on excite leur bout périphérique, on observe bien une contraction de l'œsophage, mais une contraction en masse, tétanique, en quelque sorte, ressemblant en rien à la vraie contraction péristaltique et la boule immobilisée ne chemine pas dans le conduit ; 2° la section des pneumogastriques ne peut pas arrêter une déglutition commencée.

C. L'association des déglutitions œsophagienne et pharyngienne.

En debors de l'état expérimental, on peut dire que jamais l'œsophage ne se contracte sans une contraction préalable du pharynx. Et même, expérimentalement (Ranvier), le seul moyen de faire contracter un œsophage fatigué et devenu inerte à la suite des excitations précédemment faites, c'est d'exciter le pbarynx seul et de le faire contracter.

Ce sont ces deux caractères qui viennent d'être étudiés (nature et forme de la contraction œsophagienne, et dépendance des déglutitions œsopbagienne et pharyngée) qui ont fait naître, en vue d'expliquer ces phénomènes, plusieurs théories dites « *théories de la déglutition* ».

1° *Théorie de Marshall Hall.* — Le mouvement péristaltique est dû à l'excitation directe produite par le bol alimentaire; les différentes portions de l'œsophage se contractent au fur et à mesure de leur excitation par le passage du bol.

2° *Théorie de Wolkmann.* — La contraction de l'œsophage ne dépend que de celle du pharynx : ce seraient des *mouvements associés*. comme ceux de la défécation, de la parturition, etc., où la contraction des fibres lisses apparaît en même temps que la contraction des fibres striées.

3° *Théorie de Wild et de Mosso.* — Grâce à la sensibilité du pbarynx et de l'œsophage, se produit une série d'incitations successives qui vont activer un point de réflexion situé dans la moelle allongée.

Il y aurait là, dans cette moelle allongée, une sorte de mécanisme central agissant successivement sur les différentes fibres de l'œsophage et les faisant contracter dans l'ordre voulu pour déterminer les contractions péristaltiques (sorte de *clavier central*).

4° *Théorie de Ranvier.* — C'est au plexus œsophagien qu'est due cette contraction vermiculaire, toujours ordonnancée dans le même sens. Il ne suffit pas, puisque l'œsophage est paralysé après la section des deux pneumogastriques. Il reçoit donc l'excitation venue des centres nerveux, l'emmagasine et la rend avec une certaine méthode. Il y aurait donc un vrai mécanisme intra-œsophagien, un vrai *clavier périphérique*.

X. Y

(1) Voir *Gazette Médicale*, 1896, nos 30, 32, 35 et 1897, n° 14.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 16 17 Avril 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef: Dr Pierre SEBILEAU.

BULLETIN CHIRURGICAL

DE L'APPENDICITE (1)

(Suite.)

Au reste, l'histoire est loin d'être faite de tous ces prétendus cas d'appendicite de cause générale dont **M. Merklen** rapportait (*Soc. méd. des Hôp.*, 19 mars 1897) trois nouveaux exemples dont il attribuait la genèse à la grippe, et **M. Gouget** vient de faire sur l'appendicite épidémique du lapin (*Soc. de Biol.*, 2 avril 1897) une communication propre à jeter un jour nouveau sur la nature encore bien obscure de ces différentes manifestations appendiculaires :

« **M. Gouget.** — J'ai repris l'étude de l'affection décrite dernièrement par M. Charrin sous le nom d'appendicite épidémique du lapin. J'ai vu qu'il ne s'agissait pas, à proprement parler, d'appendicite; les lésions appendiculaires consistent seulement en tuméfaction et épaississement des parois, mais il n'y a jamais ni obstruction de la lumière, ni gangrène térébrante, ni péritonite consécutive; le processus n'est donc en aucun point comparable à celui de l'appendicite humaine; en outre, l'appendice n'est pas l'organe le plus atteint; le foie et la rate sont constamment malades; il ne s'agit pas de lésions secondaires de ces organes, comme dans l'appendicite humaine, mais bien de lésions primitives, contemporaines de celles de l'appendice et souvent plus intenses.

» Histologiquement, les lésions sont constituées par des conglomérations de granulations ayant la structure des granulations tuberculeuses; on trouve au centre un vaisseau oblitéré, entouré de cellules lymphoïdes et de cellules résultant de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif; jamais je n'ai rencontré de cellules géantes dans ces granulations.

» Des différents organes on peut retirer, outre des microbes associés inconstants, un strepto-bacille déjà signalé par M. Charrin. L'étude des caractères histo-chimiques et biologiques de ce bacille m'a conduit à l'identifier avec celui que M. Preis a étudié, et qu'il considère comme le microbe spécifique de la pseudo-tuberculose; les diverses formes de pseudo-tuberculose jusqu'ici décrites seraient, d'après M. Preis, une seule et même affection, due à ce même strepto-bacille. La maladie décrite sous le nom d'appendicite épidémique nous paraît aussi devoir être identifiée à la pseudo-tuberculose.

» La maladie peut, du reste, être reproduite expérimentalement. Si l'on injecte à un lapin ou à un cobaye, sous la peau ou dans les veines, un peu de la culture sur bouillon de notre strepto-bacille, l'animal meurt en quelques jours. A l'autopsie, les divers organes sont parsemés de granulations. La rate et le foie sont constamment atteints; l'appendice est pris dans un peu plus de la moitié des cas; les ganglions mésentériques sont assez souvent frappés; plus exceptionnellement, le pancréas et les capsules surrénales présentent aussi des granulations. On voit que les lésions frappent avec une élection marquée les organes riches en tissu lymphoïde, et que l'appendice n'est pris qu'accessoirement, en tant qu'organe lymphoïde et non en tant que diverticule intestinal.

» Les lésions ainsi produites sont, en somme, celles de la pseudo-tuberculose. La maladie décrite sous le nom d'appendicite épidémique n'est donc autre que la pseudo-tuberculose. » *(Bul. méd.)*

(1) On lira plus loin la réponse de M. Reclus au professeur Dieulafoy; c'est un beau discours qui laisse les choses en l'état où j'ai montré qu'elles étaient. M. A. Robin a pris aussi la parole. — P. S.

Symptômes et diagnostic.

Le diagnostic de l'appendicite prête quelquefois à confusion; mais rien n'est plus propre à engendrer l'erreur du clinicien que la prédominance, exceptionnelle, il est vrai, des symptômes de cette affection du côté gauche. **MM. Termet** et **Vanvaerts** consacrent à cette forme bizarre d'appendicite un article intéressant (*Gaz. des hôp.*, 9 mars 1897, p. 274) :

« Si on recherche, disent-ils, les raisons de la prédominance des signes à gauche, on trouve qu'elles sont de plusieurs ordres.

» Dans certains cas, il s'est développé un abcès péri-appendiculaire à gauche, soit que, par suite d'une inversion des viscères ou d'un arrêt dans la migration du cæcum, l'appendice se trouve à gauche de la ligne médiane, soit que l'appendice né à droite se dirige anormalement dans la partie gauche de l'abdomen et se soit enflammé ou perforé dans cette région.

» Dans un second ordre de faits, l'inflammation atteint un appendice situé normalement à droite et un abcès peut s'être développé autour de lui dans cette région; mais, en outre, il existe un abcès dans l'hypocondre ou la fosse iliaque gauches.

» Enfin, il peut s'agir d'une péritonite généralisée avec maximum de lésions à gauche. »

Aussi, cliniquement, peut-on se trouver en présence de trois cas différents :

« Signes d'inflammation localisée à gauche.

» Coexistence de phénomènes inflammatoires à droite et à gauche.

» Et, enfin, prédominance de symptômes à gauche avec phénomènes de péritonite généralisée.

» On comprend ainsi les difficultés de diagnostic que suscite une semblable symptomatologie et les nombreuses erreurs qui en ont été la conséquence. Cette prédominance des symptômes à gauche déroute le médecin, et, dans la plupart des cas que nous rapportons, il dut rester dans le doute ou commit une erreur de diagnostic.

» En effet, en présence de ce complexus symptomatique, on ne pense pas à l'appendicite, ou bien on l'élimine de primo abord, surtout quand les phénomènes morbides sont exclusivement localisés dans la fosse iliaque ou l'hypocondre gauches. Des faits que nous avons passés en revue il faut conclure qu'on ne doit pas, dans ces conditions, rejeter la possibilité de l'appendicite et qu'il faut, au contraire, toujours y penser. C'est en se rappelant des cas de ce genre, précédemment observés, que Fowler et que l'un de nous purent établir le diagnostic d'appendicite.

» Il est, en outre, des cas où la notion de l'existence antérieure et de la répétition de crises de douleurs abdominales doit attirer l'attention, surtout quand ces crises antérieures se sont localisées dans la fosse iliaque droite.

» Quoi qu'il en soit, les difficultés du diagnostic varient suivant la forme à laquelle on a affaire :

» A. En présence de phénomènes de péritonite généralisée avec maximum de la douleur et parfois de la tuméfaction à gauche, il faudra songer à l'appendicite, si la marche des accidents a été celle de cette affection. Nous avons vu qu'au début les accidents avaient souvent siégé surtout ou uniquement à droite; cette notion acquiert une importance considérable dans les cas qui nous occupent.

» Souvent on s'est contenté de porter le diagnostic de péritonite généralisée d'origine inconnue, ou on a pensé à la perforation de l'intestin. Ajoutons que le diagnostic étiologique a ici peu d'importance, car, quelle que soit la cause de la péritonite généralisée, le traitement est toujours le même.

» B. Si les symptômes douloureux et inflammatoires existent dans les deux fosses iliaques, mais avec un maximum à gauche, le diagnostic sera ordinairement facile, car bien souvent, comme nous l'avons dit, les phénomènes auront débuté à droite, et ce n'est que secondairement qu'ils auront apparu et seront devenus prédominants à gauche.

» C. Quant aux cas où les symptômes n'existent qu'à gauche, on comprend que le diagnostic en soit extrêmement difficile, surtout au début. En présence d'un malade qui accuse l'apparition brusque d'une douleur dans la fosse iliaque ou l'hypocondre gauches, alors que les signes de réaction localisée du péritoine ne sont pas encore appréciables et que la fièvre est nulle ou peu élevée, on ne pense pas à l'appendicite et on diagnostique un volvulus, une colique de plomb, une perforation de l'S iliaque, etc.

» Quand l'empâtement apparaît dans cette région, accompagné d'élévation de la température, le diagnostic sera encore à faire avec toutes les causes d'inflammation ou de tuméfaction susceptibles de se développer en ce point : engorgement fécal, ostéomyélite de l'os iliaque, psoïtis, phlegmon du ligament large, etc. »

Mais il n'est pas besoin de l'anomalie clinique sur laquelle MM. Termet et Vanvaerts appellent l'attention pour que le diagnostic de l'appendicite expose le praticien à des erreurs. C'est d'abord l'hystérie qui peut tromper, comme le montre l'intéressante discussion qui s'est élevée récemment à la Société médicale des Hôpitaux (séance du 19 mars 1897).

« L'histoire clinique de l'appendicite, dit **M. Rendu**, est loin d'être faite; nombreuses sont les causes qui compliquent le diagnostic des formes frustes; parmi ces causes, il faut placer en première ligne l'inégale impressionnabilité des malades. Les malaises intestinaux sont très diversement tolérés, suivant les individus; l'histoire clinique du tænia est là pour le prouver.

» Il en est ainsi des lésions appendiculaires ; beaucoup passent inaperçues, et même quand on a l'attention éveillée du côté des accidents possibles, la santé générale ne semble pas troublée dans l'intervalle des crises

de coliques iléo-cæcales, ou, du moins, si les malaises existent, ils sont légers et facilement supportables.

Dans d'autres circonstances, au contraire, les symptômes réflexes sont tellement accentués qu'ils masquent complètement la lésion initiale et rendent le diagnostic des plus embarrassants. C'est surtout chez les hystériques que se voient ces manifestations névropathiques connexes de l'appendicite, qui, malgré un examen des plus attentifs, laissent planer un doute sur la réalité de la maladie intestinale. » (*Presse méd.*)

Et M. Rendu, ayant rapporté à l'appui de ses affirmations l'histoire clinique de deux malades, **M. Brissaud**, qui avait observé l'une d'elles, décrit « *l'appendicite fantôme* » et montre que l'hystérie peut rendre extrêmement difficile le diagnostic de l'appendicite et en simuler tous les symptômes, y compris la tuméfaction spéciale (par contraction réflexe du muscle oblique de l'abdomen et même la perforation intestinale.

Puis les faits s'accumulent :

« J'ai déjà, dit **M. Talamon**, insisté il y a dix ans sur le point qui est aujourd'hui l'objet de la discussion, et parmi les formes légères de la maladie j'ai distingué trois variétés : 1° la colique appendiculaire simple; 2° la colique appendiculaire avec appendicite pariétale; 3° l'appendicite avec péritonisme ou pseudo-péritonite hystérique.

» Depuis cette époque j'ai observé trois faits qui, sous des aspects différents, mettent en lumière le rôle trompeur de l'hystérie dans le diagnostic de l'appendicite.

» Dans le premier cas, l'hystérie a donné lieu à une simple colique appendiculaire.

» Elle a fait croire, dans le second, à une appendicite chronique à rechutes, et l'erreur est allée jusqu'à l'intervention opératoire.

» Enfin, dans le troisième, la même évolution clinique tendait à s'établir quand j'ai brusquement interrompu la série des crises par une énergique suggestion.

» Je crois que, dans cette question des rapports de l'appendicite avec l'hystérie, il faut distinguer deux catégories de faits :

» 1° Les cas où l'hystérie est seule en cause sans lésions de l'appendicite, c'est la *pseudo-appendicite hystérique ;*

» 2° Les cas où l'hystérie exaspère et exagère les symptômes d'une appendicite légère, comme elle le fait d'ailleurs pour la plupart des maladies aiguës, jusqu'à faire croire à une appendicite perforante et à une péritonite diffuse. c'est l'*appendicite avec péritonisme hystérique*.

» La pseudo-péritonite hystérique a d'ordinaire des allures suraiguës, mais elle peut revêtir une forme subaiguë et chronique : on l'appelle alors tympanite ou météorisme hystérique. Dans ces cas, c'est la péritonite tuberculeuse qu'elle simule d'ordinaire, et si elle s'associe à des symptôme de colite muqueuse ou muco-membraneuse, l'existence de crises douloureuses, d'alternatives de diarrhée et de constipation, de vomissements, parfois même de fièvre, rend le diagnostic extrêmement difficile. » (*Sem. Méd.*)

M. Hayem rapporte, à son tour, l'observation d'une malade de souche névropathique, névropathe elle-même qui, après avoir souffert pendant plusieurs mois de vomissements hystériques, fut prise brusquement d'accidents douloureux et fébriles du côté de la fosse iliaque droite, accidents qui nécessitèrent rapidement une intervention chirurgicale. Alors s'engage la discussion suivante :

« **M. Merklen.** — Il est donc maintenant bien établi que l'hystérie peut simuler l'appendicite ; cela vient encore compliquer cette question déjà si difficile du diagnostic de l'appendicite. Comment reconnaîtrons-nous une colique appendiculaire d'une manifestation hystérique ?

» **M. Talamon.** — Ce diagnostic ne peut se baser que sur l'existence des stigmates hystériques ; cependant, en l'absence de ceux-ci, on pourra peut-être faire le diagnostic par la localisation exacte des phénomènes douloureux ; la zone hystérique ne correspond pas au point de Mac Burney.

» **M. Debove.** — Deux cas peuvent se produire : tantôt l'appendicite ne se manifeste que par des symptômes fonctionnels, tantôt elle s'affirme par des signes physiques ; dans ce dernier cas, le diagnostic entre l'appendicite vraie et un syndrôme hystérique se fera aisément ; la pseudo-tumeur hystérique disparaît sous le chloroforme. ». (*Press. Méd.*)

Mais ce n'est pas seulement de l'hystérie que viennent, en matière de diagnostic d'appendicite, toutes les causes d'erreur. **M. Moizard** en fait une étude synthétique et les résume dans une intéressante communication :

« Il est, dit-il, peu de problèmes cliniques aussi difficiles à résoudre que celui-ci : Y a-t-il appendicite ? Cette difficulté n'est que trop explicable par les formes multiples de la maladie, la variabilité de ses symptômes, les modalités diverses de son début.

» Quand l'ensemble des signes classiques de l'appendicite existe, le diagnostic s'impose, mais dans beaucoup de cas le doute est permis.

» Tout d'abord, il est certain que, depuis que l'attention est attirée sur l'appendice, on a une tendance à la suspecter comme la cause de la plupart des douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite ; il faut protester contre cette tendance et ne porter le diagnostic d'appendicite qu'après un examen approfondi.

» L'appendicite peut être prise au début pour une *simple indigestion*, puis l'erreur se prolongeant, on peut croire n'avoir affaire ensuite qu'à des accidents d'embarras gastrique consécutif. Certaines formes d'appendicite débutent, en effet, chez les enfants par une indigestion.

» Dans d'autre cas, l'erreur du début se prolonge, et, après avoir admis une indigestion, on pense à un *simple embarras gastrique*. La nature des phénomènes d'intoxication gastro-intestinale ne peut être décelée que par l'examen méthodique du ventre, qui permet de constater tout au moins de la douleur dans la fosse iliaque droite, au niveau du point de Mac Burney. Cette forme est d'autant plus importante à connaître qu'elle peut être le début de la forme la plus grave, la plus irrémédiable de l'appendicite, celle dans laquelle le développement rapide d'une péritonite septique, diffuse, entraîne fatalement et rapidement la mort.

» Le médecin appelé pour des troubles gastro-intestinaux, si légers qu'ils soient, devra donc toujours penser à l'appendicite.

» L'appendicite au début a été prise quelquefois pour une *fièvre typhoïde ;* inversement, on peut prendre une fièvre typhoïde au début pour une appendicite; dans certains cas, l'évolution seule permet de faire le diagnostic.

» L'appendicite peut encore être confondue avec l'*invagination*, avec l'*étranglement interne* ; avec la *péritonite à pneumocoques*, quand elle n'a pas été précédée d'une manifestation pulmonaire bien nette, ou quand l'infection péritonéale par le pneumocoque se fait d'emblée, et aussi avec la *péritonite à gonocoques*.

» Enfin, la *lithiase intestinale* et la *typhlite* simple peuvent et doivent être distinguées de l'appendicite. Ce diagnostic est d'autant plus important à préciser que le traitement évacuant dans la typhlite peut être nécessaire, alors qu'il doit être formellement repoussé au début de l'appendicite

» L'*hystérie* peut enfin apporter au diagnostic de l'appendicite des difficultés sur lesquelles MM. Brissaud, Rendu et Talamon ont attiré l'attention. » (*Méd. mod.*).

MM. A. Siredey et **A. Mathieu**, en montrant la coexistence assez fréquente de l'appendicite et de la néphroptose, **M. Legendre**, en rappelant un cas où les récidives d'appendicite furent manifestement liées à la grossesse, corroborent ce qu'on savait déjà des difficultés du diagnostic de l'appendicite que les chirurgiens confondent, du reste, quelquefois avec la salpingite, ainsi que chacun sait, et ainsi que plusieurs cas en ont été récemment rapportés à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie (11 mars 1897) :

« **M. Lutaud.** — Je viens d'observer trois cas dans lesquels je crus d'abord à une affection annexielle, puis la suite me montra que j'étais en présence d'une appendicite. Je crois, en effet, que, dans certains cas d'appendicite aiguë, il peut être impossible de reconnaître le siège exact de la tuméfaction. Il est important de signaler ces erreurs possibles, car les chirurgiens sont toujours tentés de considérer les inflammations pelviennes comme provenant des annexes.

» **M. Budin.** — Je crois que le plus souvent le diagnostic est possible. L'appendicite siège toujours plus haut et a grande tendance à rester abdominale. La douleur provoquée par la pression se trouve sur la ligne ilio-pectinée, tandis que, dans les cas de salpingite, c'est surtout par le toucher bimanuel qu'on provoque la douleur. Les antécédents eux-mêmes sont très importants et il est bien rare de rencontrer des suppurations pelviennes sans passé génital.

» **M. Doléris.** — Je suis de l'avis de M. Budin et je pense que, dans la plupart des cas, on peut faire le diagnostic, mais je dois avouer que certaines salpingites peuvent être facilement confondues avec des phlegmons péri-appendiculaires. C'est surtout quand l'utérus s'est élevé dans la cavité abdominale, comme cela se voit à la suite de la grossesse, que les erreurs sont possibles. Dans ces cas, les trompes peuvent rester adhérentes au-dessus du petit bassin et l'on comprend que le siège de la tuméfaction puisse égarer le clinicien. » (*Bull. méd.*)

P. S.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 avril. — Présidence de M. Delens.

Présentation de malade.

DOUBLE PIED BOT VARUS ÉQUIN CONGÉNITAL GRAVE TARSECTOMIE — GUÉRISON

M. Jalaguier. — Je vous présente une jeune fille atteinte d'un double pied bot varus équin congénital chez laquelle j'ai pratiqué une double tarsectomie. Voici, d'autre part, les deux moulages que j'ai fait prendre avant l'opération. Vous y voyez combien grave était cette double malformation, à tel point que la jeune malade marchait uniquement sur la grande apophyse du calcanéum comme en témoignait un hygroma, développé à ce niveau.

J'ai d'abord opéré le côté gauche. Après section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, j'ai réséqué la tête de l'astragale et extirpé le scaphoïde et le cuboïde. Du côté droit, il m'a été possible de respecter la moitié du cuboïde.

Les résultats obtenus me paraissent satisfaisants, quoique du côté gauche, le succès ait été moins parfait. Néanmoins, cette jeune fille marche avec facilité toute la journée, et vous remarquerez principalement que, dans la marche, ses deux pieds reposent bien à plat.

Je n'ai pas voulu faire d'extirpation complète de l'astragale. J'estime que l'on doit faire cette extirpation le moins souvent possible.

Bref, je ne pense pas qne, pour une pareille difformité, il faille s'adresser aux simples réductions du pied par des appareils ni à la section seule des parties molles, selon la méthode de Phelps.

M. le président annonce la mort de **M. Maisonneuve**, membre fondateur de la Société de Chirurgie, et propose de lever la séance en signe de deuil.

JEAN PETIT

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 avril.

Appendicite et entérocolite membraneuse.

M. Reclus. — Je serai très bref sur le premier point : les théories du « vase clos » et de « la stagnation », Comme j'admets que, dans l'appendicite à type remontant, la condure brusque de l'appendice amène l'oblitération de sa lnmière, et, par conséquent, l'éqnivalent du vase clos, M. Dieulafoy me demande quelle différence sépare sa théorie du vase clos de ma théorie de la stagnation. Je croyais avoir nettement répondu sur ce point, tant ici qu'à la Société de Chirurgie. La théorie du vase clos ne s'applique qu'à un nombre très restreint d'appendicites, ainsi qu'il ressort d'une foule d'interventions où l'on a trouvé l'orifice de l'appendice parfaitement perméable et largement ouvert dans le cæcum, malgré une inflammation évidente; ma théorie de la *stagnation* ou de la *fistule borgne naturelle* a sur celle de M. Dieulafoy l'avantage de s'appliquer aussi bien aux cas où l'appendice est oblitéré qu'à ceux où il ne l'est pas, et pour me résumer en un mot, le vase clos n'est qu'un cas particulier de la théorie générale de la stagnation.

J'en arrive au second point, vrai débat actuel, et je dois dire que la question me paraît admirablement posée par mes contradicteurs : il s'agit de savoir si l'appendicite doit être, oui ou non, comptée parmi les complications de l'entéro-colite. Avec la presque totalité des membres de la Société de Chirurgie, avec un très grand nombre de membres de la Société médicale des Hôpitaux, je réponds oni; M. Dieulafoy répond nou; et, à la dernière séance, vous avez vu le professeur Potain lui apporter l'appui de son incomparable autorité. M. Potain avoue qu'il a recueilli ses 103 opérations d'entéro-colite à une époque où l'on ne connaissait pas l'appendicite, mais il ajoute que l'appendicite est une affection grave et qui ne saurait passer inaperçue, et si elle avait existé dans les antécédents de ses malades, il l'aurait peut-être nommée typhlite, péritonite, abcès de la fosse iliaque, mais il ne l'aurait pas méconnue et il en trouverait encore la trace dans ses anciennes observations.

J'ai un tel respect pour les opinions de M. Potain que j'aurais bien envié, je l'avoue, de passer condamnation sur ces 103 cas et de dire qn'il s'agit là d'nne série beureuse de 103 entéro colites sans appendicites, comme nons pourrions avoir une série beureuse de 103 hernies sans étranglement, pour reprendre ma comparaison de l'autre jour. Il est cependant deux remarques qu'il est impossible de ne pas faire : d'abord, M. Potain sait, aussi bien que moi, les trous, les lacunes, même les grosses erreurs qui existent fatalement dans les observations de 103 malades qui n'babitent pas tous la même ville, qui changent de résidence et surtout de médecin, et se croient alors forcés de nous cacher la maladie pendant laquelle ils nous ont été infidèles. Nous connaissons bien ces décbets, souvent considérables, lorsque nous vonlons établir les résultats éloignés de nos interventions chirurgicales. Aussi, malgré l'infinie couscience que M. Potain apporte dans son enquête, il me semble bien difficile, je devrais dire impossible, surtout après dix ans, de pouvoir répondre du passé pathologique de ces 103 malades.

Antre remarque non moins curieuse : l'appendicite n'est pas toujours cette maladie dramatiqne dont M.Dieulafoy nous a tracé le saisissant tableau dans la dernière séance. Il est des formes atténuées, caractérisées par quelques douleurs de ventre, quelques troubles digestifs, quelques nausées et quelques vomissements. Ces coliques appendiculaires, ces appendicites chroniques, ces appendicites à répétition, que nous savons bien dépister à cette heure, passaient inaperçues, il y a quelques années, et la statistique de M. Potain a des cbances sérieuses d'être encore faussée de ce cbef. Comme le disait M. Hucbard dans un récent article, on ne peut savoir si une appendicite existe dans les antécédents d'un malade que si on recberche cette appendicite, et M. Potain ne pouvait le faire, puisqne les différents types de l'appendicite n'étaient pas dégagés, et que rien n'était plus facile que de prendre ses formes atténuées pour une simple indigestion, vite guérie et vite oubliée par le malade lui-même.

J'insiste sur ces formes cbroniques, coliques appendiculaires et appendicites à répétition, car elles n'exigent pas toujours une intervention immédiate. Et je crois utile de repousser, comme excessive, une exigence de M. Dieulafoy, qui voudrait ne considérer désormais comme recevables que les appendicites dont le diagnostic a été confirmé par l'intervention cbirurgicale. A ce compte, nous pourrions récuser presque toutes les observations d'ordre médical, car il n'est pas d'nsage que les médecins extirpent tout ou partie d'un viscère, pour démontrer la réalité de son inflammation. Je sais bien qu'une erreur est toujours possible, et je professe volontiers qne ceux-là seuls ne font pas d'erreur de diagnostic qui ne font pas de diagnostic, mais, en définitive et pratiquement, le diagnostic d'appendicite, d'appendicite à forme francbe, aiguë ou cbronique, se fait sans aucune

difficulté, et je n'ai pas souvenance de m'être une seule fois décidé à intervenir sans que l'opération n'ait légitimé mon diagnostic.

On le voit, les observations s'accumulent : je n'en ai plus cinq maintenant, mais seize, toutes personnelles ou inédites et que j'ai recueillies, pour ainsi dire, dans mon entourage médical immédiat. Je sais bien que, dans le nombre, il en est quatre dont le diagnostic n'a pas été encore vérifié par l'intervention chirurgical. Eh bien. malgré l'évidence du diagnostic, je les laisserai de côté pour complaire à M. Dieulafoy, et je dirai désormais que j'ai douze observations, mais douze observations incontestables et rassemblées en moins de trois semaines, et où l'appendicite été précédée et accompagnée d'une entéro-colite muco-membraneuse évidente.

Et pendant que notre discussion se déroule à cette tribune, la question avance au dehors : je viens de lire un article publié par M. Caron de la Carrière dans la *Médecine infantile*, un mémoire sur une forme d'appendicite à répétition qui s'observe chez les enfants et qui est toujours précédée de troubles intestinaux variant de la constipation simple à l'entérite muco-membraneuse. J'y relève, dans les quatre faits visés par l'auteur, celui d'une fillette dont l'entéro-colite fut soignée dans une station thermale. Or, comme les crises appendiculaires éclatèrent après la cure et que la station thermale est Plombières, il me serait facile de renvoyer à M. Dieulafoy sa plaisanterie sur Châtel-Guyon ; je ne le ferai pas, car, pour moi, Châtel-Guyon et Plombières peuvent l'un et l'autre rendre de grands services à ces malades. J'ajouterai que M. Caron de la Carrière invoque, dans son mémoire, l'opinion de Jules Simon dont on connait la pratique étendue. Or, Jules Simon a publié, en 1891, dans le *Bulletin médical*, une importante clinique sur les accidents intestinaux prémonitoires des typhlites, des pérityphlites et des appendicites.

A la Société médicale des Hôpitaux, les adhésions s'accentuent. Nous avons relevé celle de notre collègue M. Hayem, professeur de clinique médicale à la Faculté. M. Du Castel a rapporté son observation personnelle où l'on voit les accidents d'entéro-colite et d'appendicite alterner et se compliquer. Il nous a donné l'observation analogue de notre regretté collègue M. Vidal, de telle sorte que, à notre connaissance, il y a déjà quatre médecins, MM. Du Castel, Vidal, mon interne et moi qui avons des raisons cruelles de croire aux rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite. Enfin, M. Le Gendre a communiqué un mémoire important où l'auteur insiste sur ces rapports. Vous le voyez, je me trouve dans une compagnie aussi choisie que nombreuse, car vous n'avez pas oublié les autres noms que je vous citais il y a quinze jours. Et je suis heureux de cette affluence, car je serais dans une posture plutôt fâcheuse si, dans une question qui touche de si près à la médecine, je me trouvais, moi chirurgien, seul en face de MM. Dieulafoy et Potain.

Encore un mot et je termine : MM. Dieulafoy et Potain, sans s'expliquer très nettement à ce sujet, semblent croire que je considère l'appendicite non pas comme une complication possible, non pas comme une complication fréquente, mais comme une complication presque nécessaire de l'entéro-colite. En vérité, je ne pense pas et je ne l'ai jamais pensé. Je sais que l'entéro-colite, maladie « follement abondante », comme on l'a dit, peut évoluer sans appendicite; je sais aussi, et je n'avais pas besoin pour le savoir des 24 observations de M. Dieulafoy, qu'il peut y avoir des appendicites indépendantes de l'entéro-colite.

Dans une de mes communications, j'ai divisé les appendicites en trois grands groupes pathogéniques : les appendicites de causes locales, les appendicites de causes générales, les appendicites de causes intestinales; et ce groupe comprend avec les entéro-colites, dirai-je, toutes les entérites, depuis l'entérite catarrhale simple jusqu'à la dysenterie grave des pays chauds, dont je pourrais fournir des observations. Aussi M. Potain peut se rassurer; je ne proposerai pas l'extirpation préventive aux malades atteints d'entéro-colite; je la proposerai d'autant moins que je ne la propose même pas toujours dans les appendicites déjà déclarées; il m'est arrivé souvent d'attendre la deuxième ou la troisième crise, bien que, sur ce point, je sois presque de l'avis de Roux (de Lausanne); et je répéterai volontiers avec lui que, lorsqu'on a ou lorsqu'on a eu une appendicite, on ne doit pas avoir l'âme tranquille et l'esprit en repos que lorsque on a un appendicite non dans sa fosse iliaque droite, mais dans sa poche.

M. A. Robin. — Je crois que l'appendicite, d'une part, et la colite muco-membraneuse, d'autre part, sont dans un grand nombre de cas les manifestations ultimes du retentissement intestinal d'une certaine variété de dyspepsie et qu'en traitant convenablement cette dyspepsie et ses premières déterminations intestinales, on évitera le plus souvent l'entérocolite muco-membraneuse et l'appendicite.

Cette dyspepsie n'est pas quelconque : elle est caractérisée par un syndrôme particulier, qui est celui de l'hyperesthésie gastrique. Le lieu qui réunit un grand nombre de cas d'appendicite à cette hyperesthésie gastrique est une coprostase occupant surtout le côlon descendant et l'S iliaque, puis le cæcum; dans un tiers des cas, la coprostase est cæcale et colique à la fois.

L'entérite muco-membraneuse est au même titre que l'appendicite un des modes du retentissement intestinal de l'hyperesthésie gastrique. Quoique dans toutes mes observations l'entérocolite muco-membraneuse ait coïncidé avec la coprostase, je ne crois pas que celle-là dépende uniquement de celle-ci ; autrement, elle devrait être la règle chez tous les constipés, ce qui est loin d'être exact.

Il faut donc invoquer un autre facteur : l'hyperesthésie gastrique avec hyperchlorhydrie antécédente.

Si appendicite et entérocolite muco-membraneuse constituent bien deux modes de retentissement intestinal de l'hyperesthésie gastrique, la première liée à la coprostase cæcale, la seconde liée à la coprostase colique et iliaque, on conçoit très bien qu'elles puissent coincider dans les cas où la coprostase cæcale est à la fois cæcale et iliaque.

Ces faits peuvent servir de traits d'union entre les opinions si divergentes qui ont été émises à cette tribune au sujet des rapports de l'appendicite et de l'entérocolite muco-membraneuse.

La connaissance de cette nouvelle pathogénie de l'appendicite conduit aux indications thérapeutiques et prophylactiques suivantes :

Puisque tout hyperesthésique gastrique est un prédisposé à l'appendicite et à l'entérocolite muco-membraneuse, il importe de surveiller chez lui le cæcum d'une manière constante. Dès qu'on constate de la coprostase, il faut aussitôt provoquer l'expulsion des matières à l'aide de laxatifs ou d'un massage léger.

Quand l'intestin aura été déblayé, on prendra les plus grandes précautions pour empêcher la récidive de la coprostase. On proscrira les différents antiseptiques intestinaux comme étant inutiles, sinon dangereux. Je rejette également l'emploi de l'opium au début des accidents appendiculaires.

Les mêmes considérations sont applicables au traitement de l'entérocolite muco-membraneuse, qui guérit le plus souvent par les grandes irrigations intestinales, l'usage régulier de l'huile de ricin à petites doses, associés au régime et au traitement spécial de l'hyperesthésie gastrique.

La conclusion qui se dégage de cette communication, c'est qu'il existe un traitement prophylactique de l'appendicite, et que celui-ci résulte de la combinaison des traitements de l'hyperesthésie gastrique et de la coprostase.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde.

MM. Monod et Vauverts (*Rev. de chir.*, 10 mars 1897, et *Ind. méd.*, n° 14, p. 107, 1897) publient un travail dans lequel ils terminent par les conclusions suivantes :

« Les résultats de l'intervention chirurgicale, dans les péritonites généralisées consécutives aux perforations intestinales de la fièvre typhoïde, ne sont pas très encourageants. Mais comme cette lésion, abandonnée à elle-même, est presque fatalement mortelle (95 0/0 de mortalité), il est permis de tenter une intervention dont les résultats généraux (88 0/0 de mortalité) sont supérieurs à ceux de l'expectation. On aura d'autant plus de chances de réussir que la perforation se sera produite à une période plus tardive de la fièvre typhoïde et surtout pendant la convalescence ou à la fin d'une rechute. On est cependant autorisé à agir à moins de contre-indications formelles tirées surtout de l'état général, quelle que soit la période de la maladie à laquelle la perforation se produise : le cas d'Albe vient à l'appui de cette assertion. L'opération devra être faite le plus tôt possible, condition de succès qui peut être remplie, puisque le diagnostic immédiat de la perforation est ordinairement possible. Les effets de l'intervention, et plus particulièrement de suture, sont excellents au point de vue de l'occlusion de la perforation ; ils sont malheureusement beaucoup moins bons au point de vue de la survie du malade. Les causes de ces échecs presque constants sont multiples : péritonite extrêmement septique qui continue à évoluer, production de nouvelles perforations, mauvais état du malade. Cette dernière condition peut, dans certains cas, constituer une contre-indication à l'intervention. Si, en effet, le malade est dans un état d'affaiblissement ou de colapsus tel qu'il semble incapable de supporter l'opération, il est évidemment préférable de s'abstenir. L'intervention comportera ordinairement une laparotomie médiane et la suture simple de la perforation. La résection intestinale et l'anus contre-nature seront réservés aux cas où les lésions sont plus complexes. Un grand lavage et le drainage termineront l'opération. S'il s'agit d'une péritonite enkystée dont la fréquence et la gravité sont moins considérables, on se contentera d'inciser au niveau de la région malade pour permettre l'évacuation du foyer pyo-stercoral. On pourra parfois reconnaître et suturer la perforation. »

Kystes de l'ovaire.

D'une part, **M. Dervaux** (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, n° 15, p. 355, 1897) publie l'observation d'une malade atteinte de kystes multiloculaires des deux ovaires et du ligament large. Cette femme fut opérée. On a trouvé des adhérences de la tumeur avec les organes voisins, particulièrement avec l'artère iliaque de l'uretère, adhérences que n'expliqueront aucune poussée de péritonite antérieure.

D'autre part, **M. Solé** (*Pr. méd. belge*, n° 15, p. 113, 1897) a communiqué à la Société médico-chirurgicale du Brabant un cas de kyste gélatineux de l'ovaire qui s'était rompu dans la cavité péritonéale, à l'insu du médecin et presque à l'insu de la malade. On a fait la laparotomie, extrait dix litres d'une masse gélatineuse, enlevé du côté

gauche un ovaire à kystes multiples et lavé la cavité péritonéale à l'eau physiologique stérilisée. La malade a parfaitement guéri par première intention.

Un cas de péritonite tuberculeuse traitée et guérie par la laparotomie.

M. Marsh (*British Med: Journ.*, janvier 1897, et *Revue internat de Méd. et de Chir.*, n° 7, p. 124, 1897) a pratiqué la laparotomie chez une enfant de 7 ans atteinte de péritonite tuberculeuse. Il a retiré de l'abdomen 63 grammes de pus et lavé la cavité avec une solution de sel ordinaire très chaude. On n'a pas trouvé de ganglions malades, mais le mésentère était épaissi et raccourci de telle sorte que l'intestin grêle était entraîné vers la partie supérieure, laissant au-dessus une grande cavité remplie par le pus. La cavité abdominale fut séchée et drainée par la partie inférieure de l'incision. La guérison a été rapide.

CHIRURGIE DU THORAX

Diagnostic précoce du cancer du sein.

Le Dr Mormaduke Shiel (*Intern. med. magaz.*, 1897 et le *Scapel*, n° 41, p. 275, 1897) attire l'attention sur les caractères suivants : 1° L'âge de 40 à 45 ans ; 2° Le caractère de la douleur qui est névralgique, non pulsative et n'est pas accompagnée des phénomènes de rougeur et de chaleur à la peau ; 3° L'évolution est insidieuse ; 4° La forme de la tuméfaction est rarement globulaire ; généralement, elle est obtuse ou irrégulière ; 5° La dureté rappelle celle de la pierre ; c'est là un des caractères les plus frappants et les plus sûrs du squirrbe ; 6° La tumeur n'est pas mobile dans la substance du sein, mais se meut avec lui ; 7° La rétraction du mamelon est un symptôme important, mais il peut manquer ; 8° La coloration de la peau rappelant le masque de la grossesse et l'état particulier connu sous le nom de peau de porc sont des caractères de la plus grande valeur ; 9° La présence de ganglions tuméfiés est aussi d'une importance remarquable, mais leur absence n'est pas une preuve que l'affection est bénigne.

Un cas de maladie kystique des mamelles.

A propos d'un cas de maladie kystique des mamelles présenté par **M. Andérodios**, interne des hôpitaux, à la Société de Gynécologie de Bordeaux (V. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, n° 15, p. 175, 1897), **M. Coyne** rappelle que, contrairement à l'opinion de MM. Reclus et Brissaud, qui pensent que la maladie kystique de la mamelle provient d'un épithéliôme intra-canaliculaire devenu kystique, lui-même pense et avait déjà écrit avant les publications de ces deux auteurs qu'il y a dans la glande mammaire un état anatomo-pathologique caractérisé par une néoformation conjonctive diffuse se passant dans le tissu cellulo-adipeux, extérieur à la zone de nutrition de l'élément glandulaire, et, par conséquent, dans la charpente conjonctive qui subdivise la glande mammaire en lobes et en lobules. Ce tissu de nouvelle formation, après un premier stade de prolifération qui peut donner lieu à la production d'un véritable état éléphantiasique de la mamelle, aboutit dans le stade ultérieur de sclérose et de rétraction cicatricielle du tissu conjonctif nouvellement formé, à la production d'étranglements des conduits excréteurs du lobule secondaire et à la constitution de kystes multiples, de volume variable, d'origine glandulaire, et présentant tous les caractères de kystes par rétention dans lesquels le revêtement épithélial de l'élément glandulaire ainsi modifié subit le processus, mais ne le provoque pas.

Donc, pour M. Coyne, la maladie kystique résulte d'une prolifération considérable du tissu conjonctif interacineux avec étranglement des canalicules et formation consécutive de kystes multiples.

Tandis que, pour MM. Brissaud et Reclus, la tumeur est un épithéliôme de nature maligne ; pour M. Coyne, cette tumeur est bénigne. Il conseille néanmoins, comme ces deux auteurs, l'ablation totale des mamelles qui en sont atteintes à cause de la dissémination dans leur intérieur de ces formations polykystiques, et aussi parce que rien ne dit que, dans le cours de leur évolution, ces mamelles kystiques ne peuvent, dans leur charpente conjonctive, devenir le point de départ d'une formation de carcinôme atrophique.

CHIRURGIE DU SYSTÈME NERVEUX

Cure radicale du mal perforant par l'élongation des nerfs plantaires.

M. Chipault a fait à l'Académie de Médecine (séance du 6 avril 1897) une communication dans laquelle il donne le résultat des opérations qu'il a faites dans le but d'obtenir la cure radicale du mal perforant plantaire :

« Je l'ai mise en pratique sept fois : la première fois en octobre 1894, une fois dans chacun des quatre mois suivants, deux fois en 1896. Cinq de mes interventions, sur sept, ont donc plus de deux ans de date.

» On aura recours, en règle générale, à des élongations telles que celles des plantaires sous la malléole interne, du musculo-cutané au-dessus de la malléole externe, du saphène externe sur le bord du tendon d'Achille, en un mot à des élongations ni trop rapprochées ni trop éloignées, mais à distance moyenne de l'ulcération trophique.

» Sur mes sept interventions, j'ai eu un seul insuccès. Mes six autres interventions ont été toutes favorables.

» Je me crois donc autorisé à dire : l'élongation des nerfs plantaires à distance moyenne permet d'obtenir la

guérison durable des maux perforants les plus invétérés.

» J'ajoute que, pour obtenir cette guérison dès le premier pansement par première intention, il est indispensable de pratiquer, dans la même séance opératoire que l'élongation, une toilette complète de l'ulcération trophique. »

Curage, abrasion des os nécrosés, abrasion des bords épidermisés, transformation de l'ulcération circulaire in fecte en une plaie ovale propre dont les bords sont suturés l'un à l'autre.

De la ponction lombo-sacrée.

M. Chipault (séance de l'Académie de Médecine du 6 avril 1897) donne tout d'abord la technique de la ponction lombo-sacrée.

La technique de la ponction lombo-sacrée comprend, après placement du sujet dans le décubitus latéral, jambes et tronc fléchis, et désinfection du champ opératoire, deux temps.

A. Le premier consiste à reconnaître l'intervalle lombo-sacrée : il suffit d'ordinaire pour y réussir de palper de haut en bas la crête apophysaire, car l'intervalle cherché est beaucoup plus dépressible que les autres. Garderait-on quelques doutes sur son identité qu'il suffirait, pour la contrôler, de chercher, à 5 ou 6 centimètres de la ligne médiane, l'épine iliaque postéro-supérieure, dont la grosse extrémité inférieure se trouve sur la même ligne horizontale que la première apophyse épineuse sacrée, et permet, dès lors, de la reconnaître sans hésitation.

B. Le second temps consiste à enfoncer l'aiguille. La peau et l'aponévrose régionale étant extrêmement dures, on doit pénétrer d'un seul effort assez profondément, 2 à 3 centimètres chez l'enfant, 4 chez l'adulte, en introduisant l'extrémité de la pointe sur l'un des côtés de la première apophyse épineuse sacrée, et dirigeant ensuite l'instrument, non pas tout à fait en avant, mais en avant, en haut et en dedans. On frôle alors avec sa pointe le bord inférieur du premier arc sacré; ce bord apprécié, on abaisse un peu le manche de l'instrument pour contourner l'obstacle, puis on enfonce encore, de 1 centimètre chez l'enfant, de 2 chez l'adulte. Enfin, on retire le mandrin : le liquide céphalo-rachidien s'écoule par grosses gouttes claires, à peine teintées en rose pour les premières, par quelques globules sanguins. Lorsqu'on a jugé l'écoulement suffisant, le mandrin est retiré d'un coup sec : un petit tampon de coton collodionné suffit pour oblitérer la piqûre qui ne saigne pas.

Il insiste ensuite sur les avantages de cette ponction :

a) Dans le diagnostic des affections du système nerveux et particulièrement de la méningite tuberculeuse, car elle permet la constatation du bacille de Koch au début de la maladie dans le liquide céphalo-rachidien.

b) Dans la thérapeutique, elle s'est contentée jusqu'ici d'être une intervention évacuatrice. M. Chipault a fait dix-neuf fois la ponction lombaire, sur lesquels dix fois les résultats ont été nuls.

Il pense en définitive :

C. Je crois, du reste, que l'avenir thérapeutique de la ponction lombo-sacrée est, non pas dans l'évacuation pure et simple d'une quantité plus ou moins grande de liquide céphalo-rachidien, mais, soit dans la substitution à ce liquide de sérum artificiel, soit dans l'introduction, au contact des lésions qu'il s'agit de traiter, de liquides thérapeutiques diffusibles dans le liquide céphalo-rachidien ou de sérums microbiens. Il y a là toute une méthode nouvelle dont dépendront sans doute les méningites tuberculeuses et les méningites aiguës microbiennes, plus que probablement les méningites syphilitiques.

CHIRURGIE DE LA FACE

Epithélioma de la face, traité et guéri par les injections interstitielles de bleu de méthylène.

M. le Dr Dubarry (du Havre) (*Normandie méd.*, n° 7, p. 137, 1897) rapporte un cas d'épithélioma de la face traité et guéri par les injections interstitielles de bleu de méthylène.

Pour mener à guérison complète cet épithélioma typique, le bleu de méthylène a seul été employé. Ce médicament possède donc des propriétés particulières qui ont la faculté de modifier profondément la cellule malade ou le microbe producteur de ce genre d'affection. Je suis convaincu que ce mode de traitement doit rendre de grands services non seulement dans les cancroïdes superficiels, mais encore dans les affections cancéreuses profondes, de la face notamment, pourvu toutefois que le foyer morbide puisse être mis en contact avec ce médicament. Chaque élément malade doit être noyé par cet agent thérapeutique jusqu'à ce que le principe nocif ait été profondément modifié.

On évitera ainsi des pertes de substance et des difformités qu'une intervention sanglante dans certains cas trop étendus ne sauraient empêcher de se produire.

Suture osseuse du maxillaire inférieur par un procédé extra-buccal.

M. Lartail (*Mars. méd.*, n° 7, p. 207, 1897) a pratiqué une fois la suture osseuse du maxillaire inférieur fracturé et il décrit ainsi son procédé :

« Incision curviligne au-dessous de la symphyse du maxillaire dont les extrémités atteignent et dépassent l'extrémité antérieure de la branche horizontale.

» Une fois arrivé sur l'os, dénudation du périoste à la rugine en remontant en haut presque jusqu'aux racines des dents de façon à découvrir toute la symphyse maxillaire en respectant la muqueuse buccale qui est soulevée

en même temps par le périoste. En arrière, décollement du périoste jusqu'aux apophyses géni de façon à dénuder complètement le bord inférieur de l'os. Le trait de fracture apparait avec la direction indiquée plus haut. Les deux lèvres fortement écartées, la supérieure directement en haut, l'inférieure en arrière et en bas, nous trouons les deux fragments à l'aide d'un perforateur très petit pour ne pas faire éclater l'os. Les trous sont dirigés de haut en bas et d'avant en arrière. L'orifice supérieur est situé sur le milieu de la face antérieure de la symphyse maxillaire à un centimètre du trait de fracture. L'orifice inférieur se trouve à l'union du bord inférieur et de la face postérieure de l'os. De cette façon la suture prend le rebord osseux, qui termine en avant et en bas la face antérieure de la symphyse maxillaire et a des conditions de solidité suffisante. Les deux extrémités d'un fil d'argent sont passées par les trous en les faisant cheminer de l'orifice supérieur vers l'orifice inférieur, de telle sorte que le milieu du fil se trouve sur la face antérieure de la symphyse maxillaire et que les extrémités sont tordues au niveau du bord inférieur de l'os. L'extrémité tordue est rabattue en arrière au niveau du foyer de la fracture. Suture continue du périoste à la soie fine: trois points séparés au crin de Florence ferment l'ouverture cutanée.

» Durée de l'intervention : quinze minutes. Pansement à la gaze iodoformée. Le résultat immédiat est superbe. Les fragments sont coaptés et l'inspection de l'arcade dentaire ne permet pas de retrouver une déformation appréciable. »

CHIRURGIE DES MEMBRES

Sur un cas d'arthrite infectieuse

Dans une clinique récente de l'hôpital Cochin, M. le Dr **Schwartz** (*Trib. méd.*, n° 14, p. 267, 1897) a présenté une malade ayant eu, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, une angine de moyenne intensité, à la suite de laquelle elle garda une douleur dans le genou droit.

M. Schwartz porte chez cette malade le diagnostic d'arthrite infectieuse séro-purulente consécutive à l'angine antérieure. Il rappelle que ce type d'arthrite infectieuse a été déterminé par Bourey, en 1883, sur les déterminations articulaires des maladies infectieuses.

Toutefois, ce type d'arthrite infectieuse ne peut être, tout d'abord, franchement séparé des manifestations rhumatismales. On le catalogua plus ou moins nettement sous le nom d'arthrite spontanée produite par un pseudo-rhumatisme infectieux.

Ce ne fut qu'en 1886, avec M. de Lapersonne, qu'il fut établi que l'on avait affaire là non à un rhumatisme plus ou moins vague, mais à la plus évidente des infections.

M. Schwartz se demande quel est l'agent microbien en cause chez la malade dont il s'agit. L'examen du pus a été négatif, amicrobien. Mais il paraît probable que c'est néanmoins une suppuration d'où les microbes ont disparu. L'absence de microbe explique ici que l'articulation contenait du pus et que le malade n'avait pas de fièvre.

M. Schwartz ne pense pas que l'agent microbien primitivement en cause puisse être le pneumocoque. Ce microbe a des déterminations plutôt périarticulaires. Il élimine de même la tuberculose aiguë à cause de l'angine du début.

Au résumé, M. Schwartz met, pour le moment, un point d'interrogation sur l'étiquette de l'infection causale.

L'articulation a d'abord été vidée par ponction du pus qu'elle contenait et immobilisée sous une légère compression. Puis, nouvel épanchement abondant de pus. Cette fois-ci arthrotomie, pas de fongosités dans la jointure. Finalement, on a porté le diagnostic d'infection pneumococcique, malgré les localisations de préférence périarticulaires de pneumocoque. Ce microbe vit, en effet, dans la salive normale. Il perd rapidement sa virulence et ceci explique à la fois l'angine et l'absence du microbe dans le pus de l'articulation.

CHIRURGIE DU RACHIS

Traitement du spina bifida.

M. Verstraete (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, n° 14, p. 323, 1897) rapporte deux cas de spina bifida opérés, dont l'un a guéri complètement, dont l'autre est mort au douzième jour. Il conclut :

« Le traitement opératoire du spina bifida est parfaitement justifié dans les cas semblables à ceux que nous venons de relater. Les méthodes non sanglantes, telles que la compression, la ponction simple ou suivie d'injection constante, la ligature donnent peu de résultat; encore l'injection ne convient-elle qu'aux cas où la communication avec le canal rachidien est étroite et si le spina est purement un méningocèle. Le plus souvent l'opération, quelle que soit la méthode admise, sera indispensable. Les seuls cas où elle est contre indiquée ce sont ceux dans lesquels le spina est étendu à la totalité ou à une grande partie de la colonne vertébrale, cas dans lesquels la survie est rare; ceux aussi où il y a complication d'hydrocéphalie, ou de phénomènes médullaires indiquant une altération de la moelle. Telle est l'opinion des principaux opérateurs. »

Du redressement forcé des bossus.

M. Delore (*France médicale*, n° 14, p. 209, 1897), rappelle, à propos de la récente communication faite par M. Calot à l'Académie, les différents travaux qu'il a pu-

bliés, depuis 1864, sur le redressement forcé des bossus suivi de suspension et de l'application d'un bandage inamovible. Il termine en donnant le résumé de son expérience pratique :

« Pour le mal de Pott, j'ai obtenu constamment : la disparition des douleurs en ceinture; la guérison ou tout au moins l'atténuation de la paraplégie et de l'incontinence d'urine; mais la difformité n'a été modifiée que dans des cas bien exceptionnels.

» Chez les scoliotiques j'ai eu quelques guérisons complètes, soit à l'hôpital, soit à la ville, mais je ne saurais trop y insister, les redressements de bossus ne se font bien que dans les établissements orthopédiques dirigés par un médecin spécialiste. Là on peut s'occuper efficacement de toutes les variétés de déviation de la colonne; mais je ne doute pas que les succès y soient plus nombreux et les traitements moins longs, grâce aux moyens puissants de redressement que la chirurgie vient d'inaugurer. »

CHIRURGIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Traitement chirurgical de la tuberculose du larynx prise au début.

M. le Dr Goris a pensé que l'on pourrait traiter chirurgicalement les tuberculoses laryngiennes prises au début, au même titre que les tuberculoses localisées au nez, aux oreilles, qui se maintiennent, après des années, dans un état de parfaite guérison.

M. le Dr Goris (*Presse méd. belge*, n° 14, p. 105, 1897) rapporte deux cas ainsi traités et sans tirer de conclusions de ce mode de traitement, il pense que la thyrotomie, opération peu grave, est le procédé le plus rationnel pour atteindre la tuberculose du larynx, étant données également et l'inefficacité de la thérapeutique habituelle, et la gravité de la maladie dont l'aboutissant rapide et fatal est la mort.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Opothérapie ovarienne.

M. Jacobs (de Bruxelles) (*Rev. prat. de Trav. de Méd.*, n° 16, p. 119, 1897) a publié, dans la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, un long mémoire très documenté, dont voici les conclusions ;

1° Les symptômes pénibles de la ménopause naturelle ont disparu ou se sont considérablement amendés par l'ingestion de l'extrait d'ovaire, sans aucune médication.

2° Les mêmes résultats ont été observés dans les troubles qui suivent les opérations chirurgicales dont la résultante est la suppression du flux menstruel.

3° L'amélioration rapide que l'on observe chez les chlorotiques, les dysménorrhéique est constante.

4° L'influence de l'extrait d'ovaire sur les troubles psychiques qui accompagnent des lésions génitales ou en dérivent, est indéniable.

5° En même temps qu'une amélioration de l'état local se produit une amélioration très rapide et constante de l'état général. C'est même un des premiers résultats observés après l'ingestion de l'oophorine : l'appétit revient, les digestions se régularisent, ainsi que l'évacuation intestinale.

6° Les métrorrhagies de la ménopause sans lésions néoplasiques cèdent rapidement à l'ingestion de l'extrait d'ovaire.

LES LIVRES

Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

L'urine humaine, urines normales, urines anormales, urines pathologiques, par CAMILLE VIEILLARD, pharmacien à Paris, lauréat du concours Brassac (pharmacie centrale de France) ; préface d'ARMAND GAUTHIER, membre de l'Institut, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. — In-8 de 430 pages avec 20 figures dans le texte et 4 planches, dont une en couleur. Prix : 6 francs.

Les progrès récents de l'urologie ont imprimé à cette branche importante des sciences médicales une orientation et une méthode toutes nouvelles dont il importait de fixer les grandes lignes et d'enregistrer les résultats. A ce titre, l'ouvrage de M. C. Vieillard arrive à son heure et vient combler une lacune, en rattachant, plus étroitement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, la partie purement technique de l'analyse chimique à son interprétation clinique.

Le meilleur éloge qu'on puisse faire de ce livre est de reproduire la flatteuse appréciation du professeur A. Gauthier, de l'Institut, dans la préface qu'il a bien voulu lui consacrer.

« Cet ouvrage, dit l'éminent professeur, sort de la plume d'un homme à la fois consciencieux, bien au courant des méthodes, bien renseigné sur les questions soulevées dans ces derniers temps par l'examen clinique des urines et sur les conclusions qu'on en a tirées. On y trouve à la fois les développements physiologiques, pathologiques et chimiques les plus précis et les plus sûrs... Je puis donc, en toute conscience, conseiller ce livre aux médecins instruits qui cherchent à s'élever au-dessus de la tradition empirique, aussi bien qu'à ceux qui peuvent être appelés à les renseigner sur le problème délicat de la composition des urines anormales ou pathologiques et sur la signification des variations que révèle leur analyse. »

Dans son rapport sur le concours Brassac de 1896,

l'honorable M. Lefranc, du Havre, s'exprimait ainsi au sujet du travail de M. C. Vieillard : « Nous estimons que la pnblication d'nn ouvrage aussi complet rendrait service à la santé publique. Médecins et pharmaciens pourraient y pniser de sérieuses indications dans la recherche des maladies. »

Ajoutons enfin que l'exécution matérielle de ce livre est des plns soignées. De nombreuses figures complètent et élucident le texte.

Pour faciliter les recherches techniques l'auteur a groupé à la fin du volume les documents analytiques et les renseignements utiles à la pratique de l'analyse.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

Ont obtenu : MM. Genouville, 13 ; Thiéry, 20.

Sont admis à prendre part à l'épreuve snivante (consultation écrite) les candidats ayant obtenu un minimum de 38 points. Ce sont MM. Thiéry, 47 ; Mauclaire, 47 ; Chevalier, 47 ; Glantenay, 47 ; Souligoux, 45 ; Bouglé, 44 ; Auvray, 43 ; Guillemain, 43 ; Launay, 42 ; Clado, 41 ; Delbet, 39 ; Cazin, 39 ; Morestin, 39 ; Jayle, 38 ; Rebland, 38.

Prochaine séance : Vendredi 30 avril, à 4 h. 30, à la Charité.

NOTES POUR L'INTERNAT

ECTOPIE DU TESTICULE

Définition.

C'est la situation du testicule en dehors (εκ τοπος) de la place qu'il occupe normalement (scrotum).

Causes.

On a successivement incriminé comme agents de l'ectopie testiculaire : 1° le testicule lui-même ; 2° le péritoine dont il est entouré ; 3° les régions qu'il traverse pendant sa migration ; 4° enfin et surtout, l'agent de cette migration, le gubernaculum.

1° Quid du testicule ?

Cas observés, dit-on, où *volume excessif* l'aurait empêché de franchir l'anneau.

2° Quid du péritoine ?

α) Ou bien une anomalie de position et de direction du mesorchium (enveloppe péritonéale du testicule) l'empêcherait de s'insinuer dans canal inguinal ; β) ou bien, péritonite localisée, inflammation de ce mésorchium feraient contracter à testicule adhérences l'empêchant d'accomplir descente.

Quid des régions ?

On a accusé étroitesse congénitale des anneaux du canal inguinal, prenant sans doute effet pour cause.

Quid du gubernaculum ?

Curling ayant inventé un gubernaculum composé de trois faisceaux (l'un externe, qui dirigeait la glande dans l'intérieur du canal, le second, moyen, qui conduisait la glande dans le scrotum, l'autre interne qui amenait la glande en dehors du canal) avait imaginé une pathogénie de l'ectopie testiculaire basée sur son anatomie de fantaisie, et disait :

a) Quand trois faisceaux manquent, testicule reste dans ventre (*ectopie abdominale*).

b) Quand faisceau moyen présente insertion vicieuse, testicule va où le conduit cette insertion vicieuse (ectopies crurale, périnéale, etc.)

c) Si faisceau externe manque, testicule ne peut s'engager dans orifice profond du canal inguinal (ectopie iliaque).

d) Quand faisceau interne manque, testicule ne peut sortir du canal (ectopie inguinale).

Mais recherches de Sebileau (*Gaz. méd.* 96) ont montré que gubernaculum n'avait qu'*un seul faisceau* et ont complètement modifié idées sur anatomie d'appareil gubernaculaire. Aussi peut-on interpréter aujourd'hui ectopie testiculaire de façon suivante :

1° Ou bien il y a simplement arrêt de la migration dans une région que parcourt testicule dans sa descente ;

2° Ou bien il y a vice de la migration du testicule, c'est-à-dire pénétration de celui-ci dans régions qu'il ne traverse pas normalement.

Les premiers cas répondent à absence ou développement incomplet du gubernaculum. Les seconds répondent à insertion vicieuse du gubernaculum.

(*A suivre*).

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement de l'hydronéphrose par le retournement de la poche à l'extérieur.

Par G. Gayet, interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté.

La thérapeutique chirurgicale de l'hydronéphrose n'est pas encore réglée d'une manière absolue. « Elle est loin d'avoir dit son dernier mot dans toutes ces variétés dont la pathogénie est encore mal connue; elle est malheureusement en pleine évolution et ne nous permet pas de conclusions fermes. » Ainsi s'exprime Tuffier dans son article du *Traité de chirurgie* (1892), et ceci est toujours vrai. « L'idéal du traitement de l'hydronéphrose, écrit Legueu, serait le traitement causal : enlever la cause, supprimer l'obstacle, permettre au rein de se vider et de revenir sur lui-même. Il est loin d'être toujours réalisable. »

Tuffier distingue les hydronéphroses ouvertes et celles qui sont fermées. Aux premières il conseille d'opposer le cathétérisme rétrograde permanent en cas de calcul, la fixation du rein en cas de rein mobile. Pour les hydronéphroses fermées, il écarte la ponction et conseille : la néphrotomie si l'étiologie de l'affection ou ses symptômes font soupçonner ou même laissent quelques doutes sur la bilatéralité des lésions; la néphrectomie par la voie antérieure dans les autres cas.

P. Vernet (1), élève du professeur Poncet, est nettement hostile à la néphrotomie, sauf en cas de rein unique ou de bilatéralité des lésions. Il admet qu'elle laisse une fistule dans 95 0/0 des cas. Il fait de la néphrectomie primitive l'opération de choix; elle sera faite par la voie parapéritonéale ou transpéritonéale. Enfin la néphropexie sera applicable aux cas de déplacement du rein.

On le voit, ces conclusions sont très analogues à celles de Tuffier.

Mais voilà que Navarro (2), se basant sur des expériences personnelles exposées dans une thèse très étudiée, rejette complètement la néphrectomie dans le traitement de l'hydronéphrose. En effet, en expérimentant sur des chiens, il montre que le rein peut conserver dans l'hydronéphrose temporaire assez de propriétés pour assurer seul la fonction. Ce n'est donc pas un organe inutile et qu'on puisse sacrifier si aisément.

Navarro conseille donc la néphrorraphie pour le rein mobile ou la néphrotomie en cas de calcul, celle-ci accompagnée du cathétérisme de l'uretère de haut en bas; si on trouve un obstacle, on l'enlèvera, puis on suturera le rein; s'il y a une poche uretérale, on la réséquera et on réunira si cela est possible.

Il est certain que les expériences de Navarro peu-

(1) Vernet : thèse de Lyon, 1892.

(2) Navarro : thèse de Paris, 1894.

vent faire réfléchir plus d'un chirurgien au moment où il va enlever le rein. Malgré cela, sa présomption est trop absolue, car, comme il le dit lui-même, l'atrophie du rein se fait rapidement en cas d'obstruction définitive. La néphrectomie a de très grands avantages; avec nos moyens aseptiques actuels, c'est l'opération propre, complète. En peu de temps la plaie peut se refermer et le malade ne présente plus aucune trace de sa maladie; à peine une légère cicatrice lui rappellera son opération.

Voici les objections qu'on peut lui faire : Elle n'est pas applicable en cas de rein unique ou de bilatéralité des lésions. C'est une opération encore grave; nous n'en sommes plus à la mortalité de Brocteur avec 43 0/0, ou de Gross avec 44 0/0; mais cette mortalité est encore de 13.1 0/0 pour Tuffier, de 12 0/0 pour Vernet. C'est une opération délicate, surtout par la voie transpéritonéale demandant une grande habileté chirurgicale, des aides exercés, une installation opératoire parfaite. Enfin c'est une opération inutile et même nuisible dans certains cas, puisqu'elle enlève un organe qui aurait pu fonctionner encore utilement.

La néphrotomie simple nous paraît mériter bien d'autres reproches. Pour Tuffier elle donne 18 8 0/0 de mortalité et laisse 66.6 0/0 de fistules. Pour Vernet, la mortalité est moindre que celle de la néphrectomie; mais en revanche elle laisse 95 0/0 de fistules, ce qui nécessite souvent une néphrectomie secondaire. De plus, dans le cas de poches volumineuses, et c'est spécialement ces faits que nous visons, la néphrotomie laisse une cavité plus ou moins grande, mais toujours anfractueuse et profonde dont le drainage est malaisé, qui s'infecte facilement malgré les lavages et qui suppure très fréquemment. De là une cause nouvelle d'affaiblissement, d'empoisonnement de l'économie qui risque trop souvent d'emporter le malade.

Au milieu de ces divergences qui prouvent que l'idéal thérapeutique de l'hydronéphrose est loin d'être atteint, comme nous le disions en commençant, nous voyons que chacun reconnaît la nécessité de faire des classifications et de choisir tel ou tel traitement en se guidant sur les indications propres aux formes diverses de la maladie.

Pour les poches de grande dimension, d'origine déjà lointaine, la plupart des auteurs s'accorde à conseiller l'extirpation radicale. C'est dans ces formes surtout qu'éclatent les inconvénients des deux principales opérations : néphrotomie et néphrectomie, la première avec son clapier vite infecté et suppurant, la seconde avec sa gravité et ses difficultés.

Notre maître, le professeur agrégé Jaboulay, a tourné l'obstacle d'une façon ingénieuse en utilisant un procédé nouveau que nous allons faire connaître: il a appliqué de propos délibéré à un cas d'hydronéphrose à vaste pocho un procédé de traitement que nous croyons entièrement nouveau et qui mérite le nom de : procédé par retournement de la poche à l'extérieur. Quels sont les avantages que peut présenter un semblable procédé?

1° D'abord, la simplicité de l'opération. Ici, pas besoin de dissection laborieuse, de pédiculisation et de ligature souvent difficiles quand on travaille à la profondeur où est le rein, qu'on aborde celui-ci par la voie lombaire ou par la voie abdominale. La simple manœuvre du retournement de la poche ne demande que le minimum de temps et d'attention.

2° Aucune chance d'infection. Quand on travaille au fond d'un puits, qu'on y place des fils perdus, qu'on est obligé d'y laisser des pièces de pansement, on a de multiples chances d'infecter son malade, et de fait dans les néphrotomies et dans les néphrectomies, les accidents septiques ne sont pas rares. Avec le retournement on ne laisse pas une cavité infractueuse et malaisée à désinfecter; on a au contraire une paroi tout entière sous les yeux, accessible aux lavages, séparant complètement de la cavité abdominale et du péritoine la plaie bourgeonnante.

3° Minimum de schock; la rapidité de l'opération, l'éloignement de tout tronc nerveux important mettent à l'abri de ces accidents réflexes pouvant produire l'anurie, si souvent signalée comme complication des interventions sur le rein.

4° Conservation de la fonction glandulaire interne du rein, encore mal connue, mais dont il n'est peut-être pas mauvais de tenir compte.

5° Facilité des manœuvres de cathétérisme, si l'on soupçonne l'origine calculeuse de l'hydronéphrose. Ces manœuvres se feront à ciel ouvert en amenant l'origine de l'uretère à l'extérieur, et non pas au fond d'une excavation où elles présentent de grandes difficultés. Si le rétablissement du calibre paraissait possible, on pourrait réséquer une partie de la poche, comme le veut Navarro, et rentrer le reste. Mais le plus souvent cela sera impossible, et il vaudra mieux laisser la poche retournée à l'extérieur.

Les avantages de ce procédé sont naturellement

compensés en partie par quelques inconvénients; c'est le sort de tous les procédés. En première ligne, on nous reprochera la longueur de la cicatrisation. Il a fallu cinq mois à notre malade pour arriver à fermer presque complètement sa plaie, et encore nous devons avouer qu'il reste un petit orifice.

En étreignant la base de la poche avec un fil à ligature, nous dira-t-on, vous auriez eu une guérison en quinze jours. Nous répondrons que cette application de ligature n'aurait pas été bien facile, étant donnée la largeur de la poche à sa base, l'épaisseur des éléments du pédicule, comprenant ce qui restait du rein. De plus, nous nous privions ainsi du bénéfice de l'élimination à l'extérieur de ce que pouvaient encore fournir ces restes de la glande (et malgré l'ancienneté de la lésion cette élimination était réelle et abondante comme le signale l'observation). En un mot, c'était sacrifier les avantages énumérés plus haut à une question de rapidité de la guérison. Et nous ferons remarquer que la malade n'a pas eu besoin d'attendre la cicatrisation complète pour reprendre sa vie ordinaire, avec un pansement renouvelé peu souvent.

Autre reproche : En retournant la poche on supprime la cavité du bassinet, on sépare les conduits urinifères de l'embouchure urétérale par une paroi, qui, d'abord extérieure s'atrophie peu à peu, et se soudant aux bords de l'incision cutanée, empêche à jamais le retour de l'appareil urinifère à la fonction physiologique. L'objection est sérieuse, et nous croyons qu'en effet ces deux causes réunies : présence d'une cloison adhérente à la peau et extériorisant définitivement les papilles rénales ; d'autre part, sclérose progressive de la poche du rein, comme cela s'observe pour tous les organes mis à l'air, nous mèneront au même résultat qu'une néphrectomie, c'est-à-dire à la suppression de l'appareil rénal. Seulement cette suppression sera *lente* et par là aura double avantage : la fistule lombaire ne persistera pas comme après la néphrotomie, puisque le rein ou ce qui en reste s'atrophiera; l'organe du côté opposé aura le temps de subir l'hypertrophie compensatrice, et il y aura un schock moindre puisqu'il faudra cinq à six mois pour que l'organe malade soit entièrement disparu. On réunira ainsi les avantages des deux opérations qui se disputent la préférence : néphrectomie et néphrotomie, et on évitera leurs principaux inconvénients : gravité et schock de la néphrectomie, fistule lombaire persistante de la néphrotomie.

Nous ne voudrions pas être taxé d'enthousiasme aveugle pour un procédé qui n'a pas encore fait ses preuves. Nous n'avons pas la prétention de voir le retournement de la poche prendre définitivement la place de choix dans le traitement de l'hydronéphrose à l'exclusion des autres méthodes. Bien au contraire, nous reconnaissons que c'est là une méthode presque d'exception, et qui ne peut s'appliquer qu'à des cas bien déterminés. Nous allons maintenant rechercher quels sont ces cas.

Nous éliminons d'abord bien entendu tous les faits d'hydronéphrose au début, à poche très limitée, et temporaire, les cas d'hydronéphrose intermittente par rein mobile. Ces cas ne peuvent légimer qu'une intervention : la néphrorraphie, qui fera généralement disparaître les accidents. Un très bon moyen de la pratiquer sera le procédé dont l'invention revient encore à notre maître Jaboulay, et qui a une certaine ressemblance avec celui que nous défendons aujourd'hui : l'exonéphropexie ou suture de la capsule adipeuse (dont une partie a été réséquée) avec lèvres de la plaie, celle-ci restant ouverte (1).

Le retournement ne s'adresse qu'à ces poches volumineuses qu'on a l'habitude d'opérer par voie transpéritonéale ou parapéritonéale. Encore parmi celles-ci faudra-t-il faire un choix. Quelques-unes se développant en forme de kystes ovariens, viennent prendre contact avec la paroi abdominale antérieure ; des adhérences avec les organes voisins les fixent en cette position, et l'on ne peut, à travers les parois, leur imprimer que de très faibles mouvements. Notre procédé sera souvent applicable en pareil cas ; jusqu'à présent, l'opération de choix était l'incision antérieure et l'ouverture transpéritonéale, suivie d'excision de la poche aussi complète que possible. C'est ainsi que furent traités, avec plein succès d'ailleurs, les deux malades du professeur Poncet. dont les observations sont publiées dans la thèse de Vernet. A noter que le temps de l'excision de la poche fut tout particulièrement laborieux, et qu'on dut en laisser une certaine partie qui adhérait aux organes voisins. Dans quelques-uns des cas analogues à ceux-ci on pourrait faire le retournement. Cette manœuvre produirait le bon résultat de ramener à leur place normale, et d'y fixer les organes que le développement de la tumeur avait progressivement refoulés en avant, et qui avaient contracté des adhérences avec cette tumeur.

(1) Jaboulay : *Lyon Médical*, 1895, p. 163.

Une condition essentielle sera l'intégrité de l'autre rein; dans le cas où celui-ci serait malade, il faudrait se borner à la néphrotomie simple, suivant en cela les conseils de tous les auteurs. Celle-ci assurerait mieux l'écoulement de l'urine par une fistule persistant indéfiniment et même entretenue si elle tendait à se fermer. C'est là une opération purement palliative, la survie étant rarement bien longue dans ces mauvais cas.

En somme, le procédé que nous décrivons peut s'appliquer aux cas de poche déjà volumineuse, variant de la contenance d'un ou deux à dix litres et plus, mobile dans l'abdomen, non susceptible de variations de volume indiquant une certaine perméabilité de l'uretère. Il faudra aussi l'intégrité du rein opposé. Dans ces cas, qui sont loin d'être exceptionnels, nous croyons qu'on se trouvera bien du retournement de la poche à l'extérieur.

En terminant, nous ferons remarquer que c'est là une nouvelle et intéressante application de la méthode générale de traitement des organes malades par leur mise à l'air, méthode qui a été inaugurée par notre maître Jaboulay, et qui rendra encore, sans doute, dans l'avenir des services dans d'autres régions et contre d'autres maladies.

(Lyon Médical, avril 1897.*)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 *avril.* — *Présidence de* M. Delens.

Traitement chirurgical de l'angiocholite infectieuse.

M. Michaux. — Pour donner suite à la question posée par M. Lejars dans sa récente communication sur le traitement chirurgical de l'angiocholite infectieuse, je désire vous rendre compte des deux observations suivantes :

Dans la première observation, il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, sans aucun antécédent de colique hépatique, qui fut brusquement prise, en février 1896, de douleurs intenses dans la région du foie, avec fièvre élevée, état général grave et augmentation considérable du volume de l'organe. Je fus appelé par le docteur Alquier, huit jours après le début de ces accidents, et l'on me fit le récit que voici :

Cette femme était accouchée du mois de décembre 1895 dans de bonnes conditions. Au mois de janvier 1896, les deux seins avaient présenté des poussées inflammatoires répétées dont aucune n'avait évolué jusqu'à la collection purulente. C'est à la suite de ces accidents du côté des seins (je reviendrai tout à l'heure sur ce fait) que s'étaient montrés, le 25 février 1896, ces phénomènes hépatiques bruyants que je vous ai indiqué.

Je vis donc cette malade le 21 février. Elle présentait un état général très grave : température de plus de 39°, pouls à 120. De plus on percevait, mais d'une manière très vague, au niveau de la ligne médiane sus-ombilicale une tuméfaction. Le palper était douloureux dans la région de la vésicule biliaire mais la vésicule était imperceptible. Je conseillai de surveiller avec soin cette malade et d'examiner scrupuleusement ses selles, dans le but d'y découvrir les traces d'une lithiase hépatique, cause des accidents. A quelques jours de là on découvrit, en effet, dans les selles tamisées, des petits calculs dont l'examen révéla l'origine biliaire. Pendant ce temps, la température montait toujours. Bref, je proposai une intervention sanglante et le 1er mars je fis une double opération.

Je dis une double opération parce que j'avais l'intention d'intervenir contre les deux ordres de phénomènes qui m'avaient frappé : d'une part, la tuméfaction médiane sus-ombilicale, qui paraissait avoir l'allure d'un abcès hépatique, et, d'autre part, les phénomènes d'origine biliaire qui nécessitaient une ouverture de la vésicule.

Je commençai par la laparotomie latérale, allant à la recherche de la vésicule biliaire. La vésicule parut petite. Il y avait, alentour, une infiltration purulente du tissu hépatique circonvoisin. La vésicule fut ouverte, il en sortit quelques gouttes de pus. Ce pus et le pus des abcès intrahépatiques furent recueillis dans des éprouvettes stérilisées. J'avais donc pratiqué la cholécystostomie.

Je fis ensuite une laparotomie médiane. Je tombai sur une petite collection suppurée intrahépatique du volume d'une petite pomme que j'incisai. C'était un kyste hydatique suppuré du lobe gauche. Le pus en fut encore recueilli avec soin et l'abcès drainé.

Ultérieurement la température baissa graduellement. L'écoulement de bile n'eut lieu par la fistule que quelques jours après l'opération comme cela se voit si souvent. Mais cet écoulement ne fut jamais très abondant. Il le fut davantage par la fistule médiane, celle de l'abcès, qu'il ne le fut par la fistule vésiculaire. Toujours est-il que le 25 mars la malade allait aussi bien que possible. Les fonctions biliaires s'étaient rétablies. Il s'écoulait encore un peu de bile par la fistule. Bientôt tout écoulement avait disparu et la malade était guérie. Je l'ai revue depuis, la guérison se maintient et il n'y a plus eu de douleur.

L'examen du pus recueilli au niveau de la vésicule et du kyste hydatique suppuré a été fait par M. Ramond, interne de M. Chauffard, et surveillé par notre confrère. Les résultats fournis par cet examen ont été des plus intéressants. Le pus de la vésicule et des abcès circon-

voisins était virulent. Il renfermait le pneumocoque de Talamon-Frankel. Le pus contenu dans le kyste hydatique est resté stérile. Ce dernier fait ne doit pas nous étonner, car, la stérilité du pus des abcès hépatiques est un fait généralement admis.

Il s'agissait donc chez ma malade d'une infection pneumococcique des voies biliaires, ayant présenté une évolution bénigne, ce qui est habitnel aux infections causées par le pnenmocoque dont la virlence est de faible durée.

Cette infection, de quelle façon bénigne qu'elle ait dû évoluer, s'est bien trouvé d'un drainage des voies biliaires par la cholécystostomie et le résultat que j'ai obtenu montre bien la nécessité de désinfecter chirurgicalement les voies biliaires ainsi infectées.

Mais il serait intéressant de pouvoir relier entre eux tous les faits pathologiques que ma malade a présentés. J'ai pensé, et c'est pour cela que j'ai tenu, au début de l'observation, à vons signaler les phénomènes morbides que ma malade avait présentés du côté des seins, j'ai pensé, dis-je, que chez elle l'infection pneumococcique avait pu présenter la filiation suivante : accouchement normal, mais infection pneumococcique bénigne des glandes mammaires par la salive de l'enfant, infection pneumococcique propagée secondairement aux voies biliaires et secondairement aussi au petit kyste hydatique du lobe gauche. Cette explication pathogénique est défendable quoique tout hypothétique et je ne veux pas y insister davantage.

J'en viens à ma seconde observation. C'est celle d'un homme de 50 ans, très fatigué, souffrant depuis deux ans de coliques hépatiques, atteint depuis quatre mois d'ictère chronique. Il était au moment où je l'ai vu, dans un état général grave, avec une température élevée, un foie volumineux, de l'ascite et de la tympanite. J'ai proposé la cholécystostomie. J'ai fait cette opération en juillet 1896. Aussitôt l'ouverture de l'abdomen il s'est évacué une ascite bilieuse. Le foie était congestionné, verdâtre, il y avait de la péritonite périhépatique. J'ai ouvert la vésicule qui était grosse, elle ne renfermait pas de calculs. J'ai fait une exploration méticuleuse des voies biliaires dans le but de rechercher des calculs, il n'y en avait nulle part.

Dans la suite, le malade s'est manifestement amélioré, il a repris progressivement sa coloration normale. La fistule s'est fermée d'elle-même spontanément, au bout d'un mois. Ce fait est à noter, car il va à l'encontre de la thèse soutenue ici l'an dernier par M. Terrier, à savoir que les fistules biliaires persistaient longtemps là où les voies biliaires avaient été infectées. Donc, je le répète, mieux progressif chez mon malade, plus de crises de colique hépatique, état général très satisfaisant, ventre souple non plus ballonné, le foie est diminué de volume, mais il s'est reproduit un épanchement ascitique au mois de janvier dernier et l'on a dû faire une ponction.

Chez ce malade, l'examen de la bile sortie par la fistule a été fait par le Dr Chaillon, de l'Institut Pasteur. Il a montré le streptocoque et le coli-bacille. Avec une pipette on avait, au cours de l'opération, pris du sang sur la tranche de la paroi de la vésicule. Ce sang examiné directement et par culture est resté stérile.

Au résumé, ces cas nous montrent bien que nous sommes appelés parfois à intervenir par cholécystostomie pour des états généraux graves créés par l'angiocholite infectieuse et que même dans ces cas notre intervention peut être utile.

Je m'abstiens volontairement de faire allusion aujourd'hui au traitement chirurgical de certaines cirrhoses biliaires. J'y reviendrai peut-être un jour. Mais je voudrais insister seulement sur quelques-unes des remarques que m'a suggérées la communication de M. Lejars.

Vous avez pu voir que les deux cas que je viens de rapporter n'ont pas présenté, en apparence tout au moins, de traces de calculs biliaires, mais qu'un examen attentif des selles pour le premier cas ou des pansements ultérieurs pour le second cas nous révèle l'existence de la lithiase biliaire. Avant donc d'admettre l'origine non calculeuse de l'angiocholite, je crois donc qu'il est nécessaire d'examiner avec soin les selles du malade, de les tamiser même pour y découvrir des calculs qui passeraient autrement inaperçus.

Evidemment, ce que je dis ne répond pas aux idées de M. Quénu sur l'angiocholite infectieuse. Il admet deux classes bien distinctes de phénomènes capables de produire le syndrôme de la colique hépatique : les uns d'origine calculeuse, les autres d'origine non calculeuse. Je crois que les deux ordres de phénomènes ne sont pas aussi différents qu'on le pense.

J'espère que ces faits et ceux qui ont été présentés par Terrier, Lejars, Quénu engageront les médecins à envoyer de bonne heure au chirurgien les malades qui présenteront d'aussi graves accidents du côté des voies biliaires. Seule, en effet, la cholécystostomie, le drainage des voies biliaires infectées sont capables de parer aux accidents.

M. Gérard-Marchant. — Je veux vous rendre compte d'une observation personnelle de cholécystite calculeuse. Il s'agit d'une femme de 54 ans qui fut apportée dans mon service de l'hôpital Tenon avec un tableau de péritonite grave. J'appris qu'elle était malade depuis trois jours qu'elle avait été soignée par M. Talamon pour embarras gastrique, qu'on avait bientôt pensé à des accidents de péritonite par stagnation stomacale d'appendicite, de lithiase biliaire. Bref, le diagnostic était incertain et j'étais moi-même dans l'indécision.

Je fis alors une laparotomie médiane sous-ombilicale pour aller à la recherche de l'appendice. L'appendice était sain. J'ouvris jusqu'au sternum pour explorer l'es-

tomac, mais l'estomac était indemne et il n'y avait nulle part trace de péritonite.

J'en vins donc à l'examen du foie. Pour cela je dus brancher une incision transversale à droite de la ligne médiane, sur l'incision précédente que je refermais. Je fus d'abord frappé, à l'examen de la région hépatique, de l'existence d'adhérences récentes qui enveloppaient la vésicule. Je n'eus pas de peine à les détacher avec une compresse. Je sentis alors une tumeur très tendue, c'était la vésicule; ne voulant pas l'inciser ni la fixer à la paroi de peur d'inonder la cavité péritonéale avec le liquide qu'elle renfermait, j'eus l'idée de la ponctionner. Par le trocart, il sortit du pus où l'analyse révéla le coli-bacille. J'étais maintenant embarrassé. Sortir le trocart, c'était créer la fistule que je voulais éviter à tout prix pour protéger le péritoine. Donc, voici ce que je fis : je pinçai la paroi de la vésicule; je laissai la pince à demeure, me proposant d'ouvrir la vésicule en un second temps. Au-dessous d'elle, je bourrai avec de la gaze iodoformée.

Le surlendemain, j'enlevais la pince à demeure et j'ouvris la vésicule. Mais la température ne tombait pas. Avec le doigt mis dans la cavité, je retirai alors un assez volumineux calcul.

J'espérais bien de mon intervention. Mais la malade ne s'est pas améliorée, elle est morte 15 jours plus tard, malgré tous les efforts que nous n'avons cessé de faire pour la relever.

L'autopsie ne nous a pas révélé grand'chose : un foie cirrhotique, les reins gros et blancs, les poumons, le cœur et les autres viscères absolument sains.

Il y a donc des cas où nous sommes appelés à intervenir pour des cholécystites infectieuses simulant la péritonite.

Du traitement des affections utérines et annexielles avec l'oxychlorure d'argent obtenu par l'électrolyse.

M. Reynier. — Je désire vous lire un rapport sur le travail que **M. Boisseau du Rocher** nous a remis à ce sujet.

Ce travail repose sur douze observations qui ont été prises dans mon service avec des malades confiées par moi. Je puis donc en parler en toute connaissance de cause.

Le traitement imaginé par M. Boisseau du Rocher repose sur le principe bien connu de l'électrolyse. On met dans la cavité utérine une tige d'argent du volume approprié. On y adapte le pôle positif d'un courant électrique, le pôle négatif étant placé sur la paroi abdominale. On fait passer un courant dont l'électricité varie de 1 à 10 milliampères. Ce traitement est des plus faciles. Les malades viennent se faire soigner à l'hôpital un certain nombre de fois; sauf à l'époque de leurs règles. Dans l'intervalle des séances de traitement, elles peuvent vaquer à leurs occupations, marcher, travailler.

M. Boisseau du Rocher conseille de se servir de courants d'intensité faible parce que, avec de tels courants il a toujours obtenu, dit-il, de bons résultats, tandis que des courants d'intensité plus forts ont provoqué une réaction telle, dans un cas, que la quantité d'oxychlorure d'argent produite au pôle positif était toxique et a pu produire de légers accidents.

Les résultats obtenus par M. Boisseau du Rocher sont de deux ordres. Les uns ont trait aux hémorrhagies de cause diverse, les autres ont trait aux utérus infectés. Voyons d'abord la première série d'observations.

Une femme, à laquelle j'avais enlevé les annexes en 1895, revient me voir en 1896 avec des hémorrhagies abondantes pendant et entre les règles. Je profite de cette malade pour faire remarquer que dans l'ovariotomie, j'ai continué de laisser en place un moignon d'ovaire. Je crois que cela est utile au point de vue du retour des règles, et, par conséquent, meilleur pour l'avenir de la femme. J'avais suivi la même conduite chez cette malade. Bref, après le traitement de M. Boisseau du Rocher, ses règles sont revenues régulièrement et sans douleur. J'ai revu cette malade le 18 décembre 1896, son bon état continue.

Une seconde femme qui, depuis deux mois, avait des pertes de sang continuelles, abondantes et douloureuses, a vu ses règles revenir normalement après trois séances d'électrolyse.

Une troisième malade perdant du sang continuellement, l'utérus était fibromateux. Il y avait, en outre, de la métrite par rétention, le col utérin étant obstrué par la tumeur fibreuse. Je résolus d'enlever ce fibrôme par hystérectomie. Après les premières bouffées de chloroforme, la malade eut une syncope. On dut pratiquer la respiration artificielle. Bref, je la fis remettre dans son lit. Je savais qu'elle avait une insuffisance mitrale et je me décidai, devant cet état de choses, à la confier à M. Boisseau du Rocher. Il commence le traitement le 28 janvier. Il le continue le 30 janvier et le 3 février. Il le cesse pendant quelques jours, le 8 février (date correspondant aux menstrues). Après le 10 février, plus d'hémorrhagie, il continue néanmoins les séances d'électrolyse le 11, le 14, le 21 février. A ce moment là, plus de pertes, plus de métrite. J'ai revu la malade au mois d'août dernier. Elle a engraissée, n'a plus de troubles menstruels et présente un état général satisfaisant.

Une autre malade chez laquelle M. Siredey avait diagnostiqué une hématocèle, chez laquelle M. Richelot avait dû ultérieurement pratiqué l'incision du cul-de-sac postérieur, était atteinte depuis cinq ans de douleurs continues. En juillet 1896, M. Boisseau du Rocher lui appliqua sa méthode de traitement. Je l'ai revue au mois de novembre dernier, elle n'avait plus de pertes et se trouvait guérie, l'utérus était normal.

Une cinquième malade était entrée à l'hôpital pour une

lencorrhée abondante. Elle subit le curettage le 12 février. On retira de l'utérus des fongosités abondantes. La malade continuait à perdre et elle souffrait à gauche. Un mois et demi après on lui fit l'électrolyse. Cette malade aujourd'hui ne perd plus.

J'en viens maintenant à la seconde série des observations prises par M. Boisseau du Rocher, celles qui concernent les utérus infectés. Toutes ces observations ont trait à des femmes atteintes de métrites puerpérales ou gonococciques légères, métrites du col ou métrites du corps utérin. Cependant, quelques-unes de ces observations méritent qu'on s'y arrêtent. La dixième observation a trait à une femme atteinte de vaginite et de métrite gonococcique. Elle a subi des lavages du vagin avec le permanganate en même temps que l'électrolyse. La vaginite et la métrite ont parfaitement guéri. La onzième observation est celle d'une femme atteinte de métrite et de salpingite suppurée. Elle avait des pertes blanches abondantes et caractéristiques. Après la première séance d'électrolyse cette femme a eu une perte abondante de pus et sa trompe malade a manifestement diminuée de volume. Elle avait donc vidé son pyosalpinx. Plus tard, elle n'a plus eu d'écoulement. Mais la trompe s'est remplie de nouveau, et après une nouvelle séance d'électrolyse nous avons vu la trompe diminuer encore. Je reviendrai sur ce point particulier des effets produits par l'électrolyse.

La douzième observation concerne une femme qui était aussi atteinte de métrite et de salpingite avec rétention. Le 28 juin, après une séance d'électricité, elle a une perte abondante de sang et de pus et la trompe parait s'être réduite. Cette malade nous quitte trop tôt. Elle revient plus tard avec une trompe de nouveau volumineuse. Nouvelle séance d'électricité, nouvelle perte de pus, nouvelle évacuation de la trompe. Deux fois donc, chez cette malade comme chez la précédente, la trompe suppurée et remplie de pus a vidé son contenu sous l'influence du courant électrique.

En résumé, tous ces résultats me paraissent encourageants. Nous voyons l'électrolyse arrêter les hémorrhagies. Elle exerce une action décongestionnante, d'après laquelle il ne faudra pas, comme l'indique M. Boisseau du Rocher, user de ce procédé thérapeutique à l'approche et pendant le cours des règles. Nous avons vu enfin, qu'elle diminuait les écoulements de la métrite et qu'elle déterminait l'évacuation des kystes supposés de la trompe.

Je recommande donc le traitement électrolytique conseillé par M. Boisseau du Rocher. Mais je le recommande pour certains cas particuliers seulement, car je me garderai bien d'être aussi absolu que M. Boisseau du Rocher qui voudrait l'appliquer à tous les cas de métrites et de salpingites et de fibrômes.

Toutes les métrorrhagies sont-elles susceptibles d'être traitées et guéries par l'électrolyse. Evidemment non. En somme, quoique commode pour tout le monde, très facile à appliquer pour le chirurgien et à supporter de la part des malades, ce traitement ne cesse pas que d'être un peu long. J'aimerai toujours mieux traiter les hémorrhagies de la métrite par le curettage qui, dans ces conditions, est un procédé rapide et produit de merveilleux effets.

En revanche, je conseillerai l'électrolyse, comme je l'ai fait pour le premier malade dont je vous ai parlé, au nom de M. Boisseau du Rocher, dans tous les cas de métrorrhagies après l'ovariotomie. Ici, l'électrolyse rétablira la fonction menstruelle, le curettage risquerait fort de la faire disparaître et ce serait fâcheux pour la malade. Je réserverais encore l'électrolyse pour les cas de fibrômes pas très développés. Car il est évident que pour les utérus nettement fibrômateux, l'hystérectomie seule pourra guérir les malades.

D'autre part, au point de vue des utérus infectés ce n'est pas au curettage que je comparerai l'électrolyse, non que je veuille médire du curettage. Mais je profite de cette occasion pour dire très franchement que si le curettage est un traitement chirurgical utile et heureux dans nombre de cas, c'est aussi un instrument nuisible entre les mains des chirurgiens qui l'appliquent mal. Dans toutes ces infections chroniques de l'utérus, curetter la muqueuse c'est bien souvent faire de la mauvaise besogne. On ouvre les voies lymphatiques, on dispose la malade et on risque de voir se développer ensuite, chez elle, des lésions périutérines à la propagation de son infection.

Dans ces cas donc, il faut rejeter du moins pour la majorité des cas, le curettage comme moyen curatif. Alors, que reste-t-il au chirurgien? Il lui reste l'électrolyse et le drainage de l'utérus après dilatation. Le drainage de l'utérus est certainement efficace, comme il est efficace dans le traitement des abcès. Seulement, c'est un traitement long, dispendieux, obligeant les malades à rester longtemps au lit. Voilà surtout les motifs pour lesquels je lui préfère l'électrolyse, laquelle vraiment, dans ces conditions, dure moins longtemps, permet aux malades de marcher et n'exige qu'un très petit nombre de séances chez le médecin.

Bien entendu, je ne conseille d'appliquer l'électrolyse qu'aux cas de métrites légères, et il faudra ne pas compter obtenir par ce procédé la guérison des lésions périutérines. C'est surtout sur l'utérus qu'on agit. D'une part, le courant électrique relève la toxicité utérine affaiblie, et d'autre part, il dépose au sein de la muqueuse de l'oxychlorure d'argent qui est antiseptique.

M. Nélaton. — M. Reynier vient de nous dire qu'il ne conseillait pas l'électrolyse pour le gros utérus fibrômateux, les métrites aiguës, les métrites chroniques invétérées, les paramétrites; à quelles affections donc réserve-t-il ce mode de traitement?

M. Reynier. — Je le réserve :

Aux femmes qui à la suite de l'ovariatomie ont des troubles menstruels;

Aux femmes atteintes de petits fibrômes pour lesquels l'opération que l'on propose est généralement refusée. Ici, l'électrolyse est facilement supportée, elle soulage, les malades n'en demandent pas davantage;

Aux femmes atteintes de lésions bénignes du col utérin, avec une secrétion peu abondante mais louche. Ces femmes sont habituellement des sujets lymphatiques;

Aux femmes dont l'utérus est en subinvolution, gros, mou et douloureux.

Mais je ne le recommande nullement, contrairement à M. Boisseau du Rocher, pour toutes les autres affections utérines et périutérines. M. Boisseau du Rocher a été plus loin que moi, vous ai-je dit, il préconise même son procédé pour tous les cas. Je ne suis pas de cet avis, loin de là, mais je reconnais que l'électrolyse peut être utilisée dans un certain nombre de cas, qu'elle est facilement supportée par les malades et qu'en somme elle méritait de notre part un examen.

Macrostomie bilatérale.

M. Broca. — **M. Delanglade** (de Marseille) nous a envoyé une observation de macrostomie bilatérale plus marquée du côté droit où étaient appendus, comme c'est la règle, des fibro-chondrômes bronchiaux. Le jeune enfant avait un retrait et une atrophie très nette du maxillaire inférieur. Il n'y avait pas de malformation à proprement parler de l'oreille ni de la région temporale. L'arrêt de développement s'était donc produit du côté du premier arc branchial.

Le même sujet présentait une luxation congénitale de la hanche gauche que M. Delanglade a pu diagnostiquer avant la marche. C'est donc là un argument de plus contre la théorie de Verneuil qui prétendait que la luxation dite congénitale de la hanche étant dû à de la paralysie infantile et qu'elle n'apparaissait que lorsque l'enfant avait commencé à marcher.

M. Kirmisson. — L'observation de M. Delanglade est intéressante. Il y a quelque temps, un auteur allemand, dont je vous apporterai le nom, a publié dans les archives de Longenbeck un travail dans lequel il soutient qu'il existe une relation entre le bec-de-lièvre et la macrostomie. Je crois que cette idée n'est pas juste. Mais ce sont là des arrêts de développement.

Quant au second point du rapport de M. Broca, je suis de son avis. Mon regretté maître Verneuil s'est évidemment trompé. J'ai, d'ailleurs, opéré un certain nombre de luxations congénitales de la hanche par la méthode sanglante de Hoffa. J'ai eu soin de prélever quelques fragments du muscle moyen fessier. Les pièces ont été examinées par MM. Cornil et Mathias-Duval qui m'ont déclaré que ces fragments de tissus étaient du muscle sain. J'ajouterai, enfin, au point de vue clinique, que j'ai une fois diagnostiqué la luxation congénitale chez un enfant de 4 mois, avant donc qu'il eût marché.

Présentation de pièces.

M. Picqué présente deux photographies par rayons X : l'une montre une pseudarthrose de l'avant-bras avec les fragments dans leur position anormale; l'autre montre la pseudarthrose réduite avec de nouveau, la position des fragments. Cette seconde photographie a été prise à travers un appareil plâtré.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la résection des canaux déférents.

M. David de Drézigné (*Echo méd. de Lyon*, n° 3, p. 65, 1897), renouvelant les expériences de Guyon et Legueu, Pavone, Lésine, a étudié sur les chiens l'action produite par la résection des canaux déférents sur l'hypertrophie de la prostate. De ses expériences il résulte que la résection des canaux déférents donne une atrophie assez sensible du testicule, atrophie consistant en une vrai cirrhose sans altération du tissu musculaire ni du tissu glandulaire.

Au contraire, la ligature du cordon nous a donné une atrophie beaucoup plus considérable avec sclérose, dégénérescence épithéliale et diminution du tissu musculaire, elle a provoqué la régression complète d'un testicule et une atrophie aseptique, contrairement à ce qui avait été noté dans certaines expériences, tandis que la résection des canaux déférents n'a entraîné qu'une diminution très peu marquée du volume du testicule. Nos expériences concordent donc, par leurs résultats, avec les expériences faites avant nous. Il en résulte que la ligature du cordon présente les mêmes inconvénients que la castration, ce qui, malgré son action atrophiante plus marquée, doit la faire rejeter de la pratique chirurgicale;

L'auteur donne ensuite les résultats de ses observations cliniques portant sur vingt-deux opérations et il conclut :

La résection des canaux déférents, dont nous avons montré les heureux effets, doit donc être préféré à la castration : cette dernière, que M. Poncet considère comme répugnante, dangereuse d'après de nombreuses observations déjà publiées, doit être, à moins d'indications tout à fait exceptionnelles, rejetée; on doit, pour toutes espèces de raisons, dans le détail desquelles il ne nous est pas permis d'entrer ici, donner la préférence à

a résection de canaux déférents. Quand le prostatisme s'accompagne d'accidents graves, locaux et généraux, d'infection urinaire, la résection des cananx déférents est incapable de les conjurer; il faut, en pareille occurence, remplir les indications souvent urgentes par la cystostomie sus-pubienne (opération de Poncet), qui, dans nombre de cas, restera toujours l'opération de choix.

Syphilis de la prostate.

M. Rochon (*Méd. mod.*, n° 31, p. 244, 1897) rappelle combien rare est la prostatite syphilitique à tel point qu'une seule observation probante, due à Reliquet, a été jusqu'ici publiée.

L'auteur rapporte un second point qu'il résume de la façon suivante :

« Chez un sujet ayant eu une syphilis non soignée, remontant probablement à 10 ans, avec gomme de la cuisse, il y a 4 ans, soignée pour un abcès sans succès pendant plus de 4 mois et guérissant promptement par l'iodure, nous avons presque simultanément observé un abcès de la prostate et un abcès profond de la fesse.

» Cet abcès profond s'arrête, décroît et disparaît sous l'influence du traitement mixte et affirme ainsi sa nature syphilitique; sous l'influence du même traitement, les lésions prostatiques, qui semblaient vouloir rester stationnaires, rétrocèdent et guérissent rapidement.

» Est-il, dans ces conditions, permis de penser qu'il y a eu, d'un côté, prostatite aiguë, abcès de la prostate de cause inconnue ou banale, et, de l'autre, gomme de la fesse; ou, au contraire, n'est-on pas poussé à croire que la lésion de la prostate est, elle aussi, de nature syphilitique ?

» L'interprétation, ici, ne paraît pas douteuse, et pour notre compte, pour ne pas risquer d'attendre trop longtemps l'apparition de lésions extérieures, nous n'hésiterons pas à l'avenir, dans les cas d'abcès de la prostate, à prescrire dès le début le traitement mixte, même en dehors de tous antécédents syphilitiques avoués, si l'examen nous laisse dans le doute sur l'étiologie de l'affection. »

Adénômes et épithéliômes du rein.

M. Albarran (*Ann. des malad. des org. génit. urin.*, mars, 1897) termine son étude d'anatomie pathologique par les conclusions suivantes :

Quoique les différentes variétés de tumeurs épithéliales du rein soient reliées les unes aux autres par de nombreuses transitions, on peut distinguer, pour la commodité de l'étude : des adénômes à structure canaliculaire, cavitaire et alvéolaire, des épithéliômes carcinoïdes et alvéolaires à cellules claires.

Il existe, inclus dans la capsule du rein ou au-dessous d'elle, deux ordres de noyaux embryonnaires aberrants pararénaux; les noyaux surrénaux aberrants.

Certaines tumeurs épithéliales, en particulier les adénômes du type canaliculaire, paraissent se développer aux dépens des noyaux canaliculaires aberrants.

D'autres tumeurs à structure alvéolaires et à cellules claires naissent des noyaux surrénaux aberrants. La plupart des néoplasmes épithéliaux du rein, y compris un bon nombre de tumeurs à cellules claires, naissent des épithéliums des canalicules. Il n'est pas possible de dire quelle est la fréquence relative des adénômes alvéolaires à cellules claires nés des tubes urinifères et de ceux qui proviennent de noyaux surrénaux.

La même cause irritative qui donne naissance à certains adénômes peut provoquer la sclérose rénale.

Il existe des adénômes du rein, indépendants de la néphrite.

Les adénômes peuvent se transformer en épithéliômes.

Dysménorrhée des jeunes filles.

D'après le D[r] **Bache Emmet** (de New-York) (*The Post Graduate*, février 1897 et *Indép. méd.*, n° 15, p. 117, 1897) beaucoup de jeunes filles souffrent à la première apparition de leurs règles et ces souffrances se répètent à chaque période tant qu'elles ne reçoivent pas les soins nécessaires. Beaucoup de causes à invoquer. Les enfants des classes pauvres sont mal nourris, mal logés; les petites filles n'ont guère l'occasion de faire des mouvements en plein air. Chez elles, il y a souvent ces irrégularités dans le fonctionnement des intestins. Au moment d'arriver à la puberté, elles ne sont pas averties et elles commettent des imprudences pendant la période menstruelle. Par suite du faible développement physique, la quantité et la qualité du sang deviennent inférieures. Il y a alors réaction sur les ovaires.

Le traitement de cet état doit viser la suppression des causes énumérées. On y arrive souvent par un régime approprié.

Traitement opératoire des fistules génito-urinaires chez la femme.

Kountchiwristsch *(Th. di St-Pétersbourg* 1896 et *Rev. de Thér. méd. chir.*, n° 8, p. 280, 1897), en partant de ce point de vue que très souvent c'est l'insuffisance de tissu qui est cause de l'échec de l'opération, eut l'idée de recourir dans tous les cas, même les plus graves, au procédé à lambeau recommandé il y a environ quarante ans par Gerdy et Collin, en le modifiant quelque peu.

En opérant, l'auteur cherche à n'enlever rien, autant que possible ; il sépare la cloison vésico-vaginale dans le pourtour de la fistule et réunit ensuite les lambeaux. La direction dans laquelle les bords doivent être réunis est en rapport direct avec l'étiologie de la fistule. Si celle-ci s'était formée, comme cela arrive dans l'immense majorité des cas, à la suite d'un accouchement prolongé, on fera la réunion dans le sens transversal; si, au contraire,

la fistule résulte par exemple d'un pessaire oublié, la réunion sera faite dans le sens longitudinal.

Le travail de l'auteur contient 29 observations concernant les malades opérées d'après ce procédé conservateur. Voici les résultats obtenus : sur 22 malades avec des fistules *faciles à opérer*, 18 ont guéri complètement, 1 a été améliorée, 1 est restée dans le même état et 2 n'ont conservé qu'une fistule filiforme. Sur 7 malades avec des fistules *difficiles à opérer*, 3 ont guéri, 3 ont été considérablement améliorées et 1 est restée dans le même état.

L'auteur considère comme un avantage tout particulier de cette méthode ce fait que le champ opératoire reste libre et qu'on peut par conséquent, le cas échéant, répéter l'opération d'après n'importe quel procédé.

En effet, l'auteur opéra un certain nombre de malades plusieurs fois et est arrivé à obtenir la guérison après la troisième ou quatrième tentative opératoire. En tout cas, il faut noter ce point que pas une malade ne vit son état aggravé.

CHIRURGIE DE LA FACE

Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveaux-nés.

Depuis sept ans le professeur Eversbusch emploie dans son service le traitement suivant de l'ophtalmie purulente chez les nouveau-nés.

Les badigeonnages au nitrate d'argent ne sont employés que dans les cas d'ulcérations de la cornée. Dans ces derniers cas, on fait encore des instillations avec une solution de physostigmine à 1/2 0/0 trois à quatre fois par jour et de scopolamine à 10 0/0 et toutes les heures des instillations d'une goutte d'eau de chlore. Mais quand il n'y a pas d'ulcération cornéenne, le nitrate d'argent n'est pas employé du tout. On fait, dans ces cas, des lavages avec une solution physiologique de chlorure de sodium et avec de l'ouate stérilisée ou à l'eau borique à 3 0/0; tous les matins, instillations d'une goutte d'une solution à 1/4 0/0 de physostigmine qui a des propriétés antipurulentes remarquables. Quand un seul œil est atteint, on fait, comme traitement préventif, dans l'œil sain des instillations d'une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0.

Tant que la suppuration persiste, les bains sont proscrits pour éviter le refroidissement toujours nuisible. On doit aussi surveiller l'allaitement, la propreté générale du corps, de la cavité buccale et nasale. Comme traitement préventif l'auteur propose : chez la mère, désinfection du vagin et des organes génitaux externes, chez le nouveau-né lavage des paupières avec une solution de bichlorure d'iode (1 : 4000) et lavage de la conjonctive avec une solution d'acide borique à 3 0/0.

(*Cerebral blath für Kinderheilnunde*, janv. 1897 et *Journ. de clin. et de thér. infant.*, n° 15, p. 294, 1897).

Traitement des polypes fibreux naso-pharyngiens.

Tichoff (*Medicins koïe Obosrenie*, n° 3, 1897) rapporte un cas de polype fibreux naso-pharyngien et formule les conclusions suivantes :

1° Dans les cas où la maladie date de longtemps, surtout là où l'état général du malade constitue une contre-indication très nette d'une intervention chirurgicale, l'électrolyse peut rendre de grands services, aussi bien au point de vue de la diminution de volume de la tumeur (ce qui n'est pas indifférent pour l'ablation chirurgicale ultérieure) qu'au point de vue du temps à gagner en permettant au malade de se rétablir et d'être prêt à supporter une opération qui, certes, est très sérieuse. Le traitement par l'électrolyse peut être abordé par tout médecin ; c'est donc une raison de le recommander à ceux qui ne se décident pas à pratiquer l'intervention radicale.

2° Parmi les procédés si nombreux employés pour l'ablation des polypes fibreux naso-pharyngiens, l'opération d'Ollier doit occuper une place presque prépondérante. Le cas que Tichoff rapporte montre que ce procédé est applicable même dans les cas où l'on a affaire à un polype à large base. De cette façon se trouve démentie l'opinion des adversaires de ce procédé, opinion qui consiste à limiter les indications de l'opération d'Ollier à des cas où la tumeur a des proportions considérables.

CHIRURGIE DES OS

Régénération des os par le périoste.

Harry F. Thompson (In *Medicine*, mars 1897, New-York et *Rev. de thér.*, n° 9, p. 271, 1897) étudie la régénération des os par le périoste et rapporte une observation :

« On s'accorde à penser avec Ollier que le périoste est le seul régénérateur des os. Zeigler accorde la plus grande part, dans la régénération des os, au périoste, au périchondre et à la moelle, quoique à un moindre degré. Mais le tissu connectif pourrait selon lui jouer aussi un rôle dans la production de tissu osseux. Tel le tissu connectif intermusculaire. L'observation que publie M. Thompson concerne un jeune garçon qui eut l'humérus droit fracturé dans son tiers supérieur par un coup de fusil. Les esquilles une fois enlevées, il demeura une perte de substance de l'humérus, remontant jusqu'au col chirurgical et de plusieurs centimètres d'étendue. Etant donné le jeune âge et la profession, on tenta de conserver le bras, aucun vaisseau ou nerf important n'ayant été lésé. Un drainage large à la gaze iodoformée fut fait par dessus les *lambeaux périostiques* rapprochés : le membre antiseptiquement enveloppé, fut placé dans une situation élevée. Au bout de deux mois, l'énorme perte de substance était comblée. Entre temps, on avait été obligé de traiter par le massage l'œdème qui s'était manifesté à la

main et à l'avant-bras. Des greffes de Thiersch furent aussi nécessaires pour fermer entièrement la plaie cutanée.

Il y eut une fracture de même siège, qui se produisit un mois plus tard; elle fut maintenue par des attelles et ne tarda pas à guérir en quelques semaines. L'enfant, quoique ayant un bras raccourci, peut exécuter avec son membre blessé tout ce qu'il fait avec celui du côté opposé.

CHIRURGIE DU THORAX

Actinomycose de la plèvre et de la peau thoracique.

M. Samuel West (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 30, p. 360, 1897) a rapporté à la Pathological Society of Manchester (séance du 10 mars 1897) l'observation d'un enfant entré à l'hôpital Saint-Bartholomew avec les symptômes d'un empyème du coté gauche qui a succédé à une bronchite dont les débuts remontaient à deux ou trois mois.

L'incision de la plèvre donna issue à six onces d'un pus grumeleux dans lequel l'examen microscopique permit de constater la présence des actinomyces. Malgré l'opération, la température resta élevée et quelques jours après une nouvelle collection purulente se forma au niveau du thorax; l'incision montra que cette nouvelle collection n'était pas en communication avec la plèvre. Une troisième collection extra-pleurale fut également ouverte quelques semaines plus tard. Comme les fistules persistaient toujours, le malade fut soumis au traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur et sous forme de bains. Ce traitement avait déjà amené une amélioration considérable lorsque le malade succomba sous le chloroforme qu'on lui avait donné en vue d'avulsion d'une dent.

L'autopsie montra que le poumon gauche était affaissé, mais autrement normal, entouré d'une sorte de gangue charnue, contenant des abcès mais où les recherches les plus minutieuses ne permirent pas de découvrir des actinomyces.

C'est la première fois que, d'après M. West, l'actinomycose est observé chez un enfant aussi jeune. Tout porte à croire que l'actinomycose avait d'abord envahi le poumon pour attaquer ensuite la plèvre.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Guérison d'un cas de tétanos traumatique par l'antitoxine.

L'antitoxine du tétanos a été jusqu'ici réputée comme préventive dans un certain nombre de cas. Voici un fait de **T. Robek**, rapporté dans le *Therap. Wochensch* (Voir *Méd. mod.*, n° 31, p. 247, 1897), où l'antitoxine aurait enrayé le développement d'un tétanos confirmé : Il s'agit d'un enfant de 6 ans, chez lequel s'était montré, 8 jours après, une blessure d'un orteil, avec pénétration d'écharde, la raideur de la nuque et de l'articulation temporo-maxillaire. Ces troubles augmentant de plus en plus d'intensité, l'enfant fut amené, 8 jours après le début des accidents, à l'hôpital.

A l'examen du petit malade, on constata de l'opistothonos, de la raideur des membres inférieurs; tous les muscles étaient contracturés, la face immobile; la bouche pouvait à peine s'ouvrir; la déglutition était très difficile. Il y avait 72 pulsations par minute et 20 respirations, température de 36°2 à 37°4. Le jour même l'auteur fit à l'enfant, dans la région épigastrique une injection sous-cutanée de 10 cc. d'antitétanine dont la force immunisatrice était de I milliard, c'est-à-dire qu'il suffit, pour une souris, d'injecter une quantité d'antitétanine égale au 1/1000000000e du poids de l'animal pour l'immuniser contre une dose mortelle de virus tétanique. Le lendemain on injecta une dose double et alors on put déjà constater une légère diminution de l'hyperexcitabilité de l'ouïe; 3 jours après on injecta de nouveau 20 cc.; les contractures musculaires cédèrent alors peu à peu et bientôt l'enfant fut complètement rétabli au bout de 3 jours.

Il a donc été en tout injecté 50 cc. d'antitétanine, et la guérison obtenue en l'espace d'une semaine; aucun autre traitement n'a été fait pendant ces injections.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité civile des médecins.

Dans un précédent article nous disions qu'aux termes de l'article 1382 du code civil, les médecins étaient, comme tous les justiciables, soumis à la responsabilité provenant des fautes qu'ils peuvent commettre dans l'exercice de leurs fonctions.

Nous ajoutions que, dans l'intérêt même du public, les juges désireux de ne pas entraver l'exercice de la profession médicale se montraient très réservés et n'admettaient le principe de la responsabilité des médecins qu'en présence d'une faute très lourde que personne ne doit commettre; nous terminions en conseillant toutefois aux médecins de ne pas avoir une confiance illimitée dans la justice de leur pays, nous les engagions à considérer l'article 1382 du code civil comme une épée de Damoclès suspendue sur leur tête, car, en l'absence d'une loi spéciale, les médecins sont responsables de leurs actes selon le droit commun et partant de là, sont soumis au pouvoir d'appréciation des magistrats.

A la date du 26 février 1897, le tribunal civil de Saint-Nazaire a rendu un jugement qui confirme nos craintes et vient à l'appui de ce que nous avançions.

Tout le monde connait les faits relatifs au procès qui a donné lieu à ce jugement :

Au cours d'une instruction criminelle, un médecin avait été légalement requis à l'effet de donner son avis sur le point de savoir si une femme accusée d'infanticide portait des traces d'accouchement récent. Sur la réponse affirmative du médecin-légiste, l'accusée fut arrêtée et peu de temps après accoucha en prison. Dans ces conditions, une ordonnance de non-lieu fut rendu en faveur de l'accusée qui exerça alors contre le médecin-légiste une action en responsabilité fondée sur les dispositions des articles 1382 et 1383 du code civil et tendant à obtenir des dommages-intérêts pour le préjudice que lui avait fait subir l'arrestation dont elle avait été l'objet.

Détail important à noter, l'accusée avait trompé le médecin en niant son état de grossesse et en lui donnant des indications qui permettaient de croire à un accouchement récent; en outre, la femme était d'une moralité douteuse, les juges ont vu dans ces circonstances les éléments suffisants pour atténuer la responsabilité du médecin-légiste, mais ils ont néanmoins admis le principe de la demande qui avait été formée devant eux et ont décidé que le médecin était en pareil cas responsable de son erreur de diagnostic.

Nous pensons qu'il est intéressant pour nos lecteurs de prendre connaissance de ce jugement dont voici le texte :

« Le Tribunal,

» Attendu que l'action en responsabilité intentée par la veuve Billy contre le docteur X... est fondée sur les dispositions des articles 1382 et 1383 du code civil ;

» Que les éléments du délit ou quasi-délit prévus par ces articles sont :

» 1° Une faute, négligence ou imprudence du défendeur ;

» 2° Une conséquence de cette faute, négligence ou imprudence dommageable au demandeur ;

» Et qu'aucun article de loi, aucune disposition de la loi du 30 novembre 1892 ne déroge, en ce qui concerne les médecins, aux principes de responsabilité édictés par ces articles ;

» Qu'il y a donc lieu de rechercher s'il y a :

» 1° Faute, imprudence ou négligence du défendeur ;

» 2° Préjudice causé au demandeur ;

» 3° Corrélation entre la faute et le préjudice ;

» Attendu que le préjudice dont la veuve Billy demande réparation résulterait :

» 1° De son arrestation et de sa détention ;

» 2° Des moyens violents employés par le médecin légiste pour arriver à la découverte de la vérité ;

» Que ce second chef ne peut être retenu puisque l'emploi du spéculum n'est ni avoué, ni prouvé, ni articulé dans la demande subsidiaire d'enquête et que, d'autre part, il n'est pas davantage articulé dans la demande subsidiaire d'enquête que ce soit l'emploi de cet instrument qui ait amené l'accouchement de la dame veuve Billy ;

» Mais attendu, sur le second chef, que l'arrestation est légalement prouvée, et qu'il ne peut être contesté que cette arrestation ait eu des conséquences dommageables pour la demanderesse ;

» Qu'en ce qui concerne le troisième élément, il est établi, par un procès-verbal régulier du magistrat instructeur, que le médecin-légiste a été sommé de s'expliquer sur le point de savoir si ses constatations offraient des caractères sérieux de probabilité d'accouchement récent et que, sur sa réponse affirmative, un mandat de dépôt a été décerné contre la veuve Billy ;

» Que la seule question litigieuse est donc la faute ou plutôt la négligence ou imprudence du médecin-légiste, puisque le défendeur était légalement requis d'examiner la veuve Billy et de rechercher si cette femme était accouchée récemment ;

» Attendu que si les règles de la science ne sont pas infaillibles, elles permettent cependant au médecin d'arriver le plus souvent, et sans difficulté, à la découverte de la vérité ; qu'il doit donc suivre ces règles et les suivre toutes, à défaut d'autre connues, puisque, de l'avis unanime des auteurs qui ont traité de cette partie de la médecine, chacun des symptômes d'accouchement, pris isolés ne peuvent donner une certitude ;

» Qu'il s'agit d'un faisceau que l'expert ne peut scinder, surtout en matière si grave, et qu'il ne peut, sans manquer à ses devoirs, ne pas s'enquérir des règles tracées pour arriver à l'accomplissement de la mission qui lui a été confiée ;

» Que les cas d'infanticide sont, d'ailleurs, les cas les plus fréquents sur lesquels le médecin-légiste ait à statuer ; que tous les moyens de preuve de l'accouchement se trouvent mentionnés, exposés dans les ouvrages spéciaux qui indiquent unanimement les mêmes moyens, les auteurs différant seulement d'appréciation sur la force probante de chacun d'eux, et que, par suite, l'ignorance de l'expert serait absolument inexcusable ;

» Attendu qu'il ne lui est pas défendu de s'enquérir des circonstances extérieures pouvant le guider dans ses recherches ;

» Mais que ces circonstances ne doivent pas l'empêcher d'avoir recours à toutes les données de la science dont l'application est l'objet même de son mandat ;

» Qu'il doit d'autant moins ajouter foi aux déclarations de l'inculpé qu'il connait son intérêt à déguiser la vérité et son désir de tromper la justice, alors même que ses moyens de défense, souvent inhabilement choisis, iraient à l'encontre de ses intérêts ;

P. Couradin,
Avocat à la Cour d'appel.

(*A suivre*).

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

TRAVAUX ORIGINAUX

Étude sur les sensations illusoires des amputés (1).

Par le Dr A. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

C'est un fait de connaissance vulgaire, que les amputés éprouvent fréquemment des sensations désagréables ou douloureuses, qui leur paraissent siéger dans les parties du corps qu'ils ont perdues. Selon l'expression de Weir Mitchell, ils portent, à la place du membre enlevé, un *membre fantôme* qui les suit partout, et dont ils sont souvent plus préoccupés que des membres réels qui leur restent.

Ambroise Paré a appelé, le premier, l'attention, il y a plus de trois siècles, sur cette étrange particularité. Il l'a signalée dans les termes suivants : « Les patients, longtemps après l'amputation faite, disent encore sentir douleur ès parties mortes et amputées, et de ce se plaignent fort ; chose digne d'admiration et incrédébile à gens qui de ce n'ont expérience (1). » Tous les chirurgiens ont reconnu, depuis, la parfaite exactitude de son observation. Les psychologues et les physiologistes, désireux d'en fournir des explications plausibles, ont invoqué tour à tour l'empire de l'habitude, l'influence de l'imagination, l'hallucination de la mémoire. Mais depuis les mémorables recherches de J. Muller, sur la transmission des impressions sensitives, on admet généralement que les sensations illusoires des amputés ont leur point de départ et leur véritable raison d'être dans l'irritation des filets nerveux contenus dans la cicatrice des moignons. Cette manière de voir est appuyée sur une foule de faits très précis. Cependant on se demande, depuis quelques temps, si elle suffit à rendre compte de tous les phénomènes observés, et si, en l'absence d'irritation périphérique, des processus purement psychiques ne peuvent pas créer de toutes pièces ou modifier notablement les sensations étranges perçues par les amputés. Les raisons qu'on peut invoquer en faveur de ces idées seront exposées et discutées dans le cours du présent travail.

Les principaux documents relatifs à l'histoire des sensations illusoires des amputés se trouvent réunis dans les dissertations de Lemos (2) et de Rhone (3), dans les traités de physiologie de Haller (4) et de J. Muller (5), dans les mémoires spéciaux de Castel (6),

(1) Extrait des *Annales médico-psychologiques*, janvier-février 1897.

(1) Ambroise Paré : *Œuvres complètes*, 1 vol. in-4°, Paris 1855, XIIe livre, chap. xxviii, p. 486.

(2) Lemos : *Dissertatio quæ dolorem membri amputati remanere explicat*. Hall., 1798.

(3) G.-Th. Rhone : *De sensuum mendacio apud eos homines quibus membrum aliquod amputatum est*, Haller, 1842.

(4) Haller : *Elementa physiologiæ*, t. IV, p. 305.

(5) J. Muller : *Physiologie du système nerveux*, trad. par Jourdan, Paris, 1840, t. I, p. 173 et suiv.

(6) Castel : *De la douleur rapportée aux extrémités après qu'elles ont été séparées du membre. Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, t. III, 1838-1839, p. 246.

Rizet (1) et Guéniot (2), dans un remarquable chapitre de l'onvrage de Weir Mitchell sur les lésions des nerfs (3), dans une brillante leçon du professeur Charcot (4), et dans la thèse récente d'un de mes élèves, M. Abbatucci (5).

L'étude que nous allons faire de cette intéressante question repose sur l'examen de 30 cas d'amputations anciennes ou récentes de membres (6).

Elle est divisée en deux parties. Dans la première, nous décrirons, aussi complètement que possible, les sensations illusoires dont se plaignent les amputés; dans la seconde, seront exposés les faits sur lesquels repose l'interprétation psycho-physiologique de ces amputations.

I

1° Fréquence des sensations illusoires des amputés. — Le nombre des amputés qui sentent leurs membres absents est considérable. Un chirurgien militaire, Rizet, a interrogé 455 sujets ayant subi des amputations pendant les gnerres du premier et du second Empire; il n'en a rencontré que 14 qui n'avaient pas eu, au moins pendant quelque temps, la sensation illusoire de l'existence des membres enlevés. Sur 90 amputés, observés par Weir Mitchell, cette sensation n'a fait totalement défaut que quatre fois. Enfin, snr les 30 malades qui ont servi de point de départ à notre étude, elle a manqué seulement une fois (7). En totalisant ces trois statistiques, nous arrivons aux résultats suivants : sur 575 cas d'amputation, l'illusion s'est produite 557 fois, et a manqué 17 fois. Elle s'observe donc dans la proportion de 96.87 0/0, et manque seulement dans 3.13 0/0 des cas.

Pourqnoi manque-t-elle quelquefois? On l'ignore. Weir Mitchell confesse son impuissance à expliquer ces exceptions. Il dit cependant que sur les quatre amputés qui n'avaient jamais eu de sensations illusoires, trois étaient des gens d'une intelligence inférieure, ce qui semblerait indiquer que l'illusion est, dans une certaine mesure, en rapport avec l'acuité intellectuelle ou l'habitude de l'auto-observation. Cette explication n'est guère vraisemblable. Il est beaucoup plus probable que l'existence ou l'absence des sensations illusoires, dépend de conditions locales. En effet, l'un des malades que j'ai étudié, amputé des deux jambes, n'éprouve de sensations illusoires que d'un seul côté; il n'en a jamais ressenti de l'autre. Un sujet à qui, après un écrasement du second pied, on enleva les deux premiers orteils du pied gauche, a conservé, depuis l'opération, l'illusion de l'existence du deuxième orteil. et n'a jamais senti le premier. Il est évident que, dans ces cas, l'absence de sensations illusoires ne peut être rapportée à la débilité intellectuelle des sujets.

2° Date de l'apparition et durée de la sensation illusoire. — Dans la grande majorité des cas, la sensation illusoire se révèle aussitôt aprés l'opération. Quand les effets du chloroforme se dissipent et que le malade reprend conscience de son être, il lui semble qu'il possède encore son membre amputé. Il le sent, à sa place habituelle, enveloppé par le pansement. Il y éprouve même, parfois, des douleurs violentes qui ne lui laissent aucun doute sur la réalité de son existence.

Les cas dans lesquels la sensation illnsoire ne se prodnit que quelques jours ou quelques semaines après l'amputation, sont beaucoup moins fréquents. Cette particularité s'est rencontrée chez quatre de nos trente sujets. Le laps de temps qui s'est écoulé entre l'opération et l'apparition du fantôme, a varié entre trois jours et six semaines. Nous ne connaissons pas d'exemple où l'intervalle ait été plus prolongé.

La durée de la persistance de la sensation illusoire est extrêmement variable. Chez un de nos malades, elle n'a pas dépassé une semaine; chez un autre, un mois. Dans beaucoup de cas, elle persiste, sans aucune tendance à l'effacement, pendant de longu

(1) Rizet : *Des moignons*, thèse de doctorat en chirurgie, Paris 1857 et *Note sur une hallucination du toucher propre aux amputés. Gazette Médicale de Paris*, 1861, p. 693.

(2) Guéniot ; *D'une hallucination du toucher cu hétérotopie subjective des extrémités particulière à certains amputés. Journal de la Physiologie de l'Homme et des Animaux*, 1861, t. IV, p. 416.

(3) Weir Mitchell : *Des lésions des nerfs et leurs conséquences*, trad. par Dastre, Paris, 1874, p. 300.

(4) J.-M. Charcot : Policlinique dn mardi, leçon du 19 juin 1888.

(5) Abbatucci : *Etudes physiologiques sur les hallucinations des amputés*. Thèse de doctoras, Bordeaux, 1894.

(6) Ces cas sont répartis de la façon suivante :

Amputations	de cuisse	10 cas.
—	de jambes	8 —
—	d'un ou de plusieurs orteils	2 —
—	du bras	3 —
—	de l'avant-bras	3 —
—	d'un ou de plusieurs doigts	4 —

La plupart des sujets que nous avons examinés avaient été amputes depuis longtemps (2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 15, 18, 22, 24, 27 et 57 ans. Les autres avaient été opérés depuis moins d'un an.

(7) Elle manquait également dans un cas d'amputation congénitale du bras gauche que j'ai eu l'occasion de voir tout récemment et qui ne figure pas dans les trente cas servant de base au présent travail.

années. Plusieurs des sujets que nous avons interrogés le ressentent, avec la même intensité qu'au premier jour, depuis dix, vingt et trente ans. L'un d'eux, amputé de la jambe droite, au tiers supérieur, à l'âge de huit ans, et actuellement âgé de 65 ans, n'a jamais cessé de l'éprouver depuis le jour de l'opération, c'est-à-dire depuis 57 ans.

3° Forme, volume, écartement de l'extrémité fantôme. — Quelquefois, l'amputé sent le membre qui lui manque tel qu'il était avant l'opération, avec sa forme, son volume, sa température, sa position, sa mobilité, ses rapports normaux. Mais, il faut bien le dire, cela est tout à fait exceptionnel. Dans la grande majorité des cas, le membre fantôme n'est pas senti « comme l'autre ». Il en diffère par un certain nombre de particularités dont nous indiquerons les principales :

a) Le plus souvent, l'extrémité terminale du membre absent est, seule, nettement perçue; les parties intermédiaires entre cette extrémite et le moignon l'étant beaucoup moins, ou ne l'étant pas du tout. Ainsi, la plupart des amputés du bras sentent bien leur main et leurs doigts, mais ne sentent pas leur avant-bras et leur coude; de même, les amputés de cuisse sentent nettement leur pied et leurs orteils, mais ne sentent pas leur jambe et leur genou. Quelquefois, l'extrémité fantôme n'est presque qu'en partie : tel sujet amputé du bras ne sent, de sa main, que la paume et l'extrémité des doigts; tel autre, amputé de la cuisse, sent très nettement son talon ou ses orteils, mais n'a pas la notion précise de l'existence du reste du pied.

b) Parfois, l'extrémité perdue, au lieu d'avoir sa forme et son volume normaux, semble recroquevillée et rapetissée. Un de nos sujets sent, à la place de sa main amputée, une petite main du volume de celle d'un enfant de douze ans. Un autre croit avoir une main ratatinée, plus petite et plus ronde que celle du côté opposé, etc.

Il est fort rare que l'extrémité fantôme paraisse plus grosse que nature. Dans un seul cas, et pendant quelque temps seulement, un de nos amputés du bras a senti la main absente plus volumineuse que l'autre.

c) Il est fréquent que l'extrémité fantôme paraisse moins éloignée du moignon qu'elle ne l'était avant l'amputation. Dans un bon nombre de cas, ainsi que l'a fort bien observé Guéniot, elle se rapproche peu à peu de la cicatrice, et semble s'appliquer contre elle, sans intermédiaire, de telle sorte que l'amputé du bras sent sa main à la hauteur du biceps ou du coude et que l'amputé de cuisse s'imagine avoir un pied au niveau du genou.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 avril. — Présidence de M. Delens.

Du traitement des angiocholites.

M. Quénu, à propos du procès-verbal, demande à M. Michaux, si en dehors de l'angiocholite calculeuse, il admet qu'il y ait d'autres variétés d'angiocholites, d'origine non calculeuse.

M. Michaux répond qu'il n'a jamais eu l'intention de rejeter les angiocholites non calculeuses, mais que dans sa communication il a mis en relief les angiocholites calculeuses à cause de leur grande fréquence par rapport aux autres.

De la péritonite purulente à pneumocoques.

M. Jalaguier. — Je viens appuyer les conclusions de MM. Kirmisson et Brun par ma pratique personnelle. M. Malapert a porté le diagnostic de péritonite à pneumocoques, dans l'observation qui a donné lieu à ce débat, en se basant sur les caractères du pus et sur la marche de l'affection.

Les péritonites à pneumocoques ont, en effet, des caractères cliniques assez spéciaux, et pour ma part j'ai eu l'occasion d'en voir cinq cas.

L'un d'eux a guéri spontanément. Le pus s'est fait jour par l'ombilic et le vagin. Et, fait intéressant, l'enfant a présenté en même temps une otite à pneumocoques.

Quant aux quatre autres cas, je les ai opérés. J'ai eu une mort et trois guérisons.

Le malade qui est mort a succombé vers le quinzième jour. A l'autopsie, on a trouvé deux foyers derrière le foie et la rate, qui avaient été méconnus auparavant. Dans les trois autres observations, la guérison est survenue rapidement, sans production de trajet fistuleux.

Je ne suis pas partisan des lavages au sublimé, même très dilué, dans l'intérieur de la cavité péritonéale. Je préfère de beaucoup l'eau bouillie. En ce qui concerne le drainage, j'ai renoncé au procédé de Mickuliez. Il vaut bien mieux prendre de gros drains rigides entourés de gaze salolée ou iodoformée. Ces drains permettent, en outre, de faire plus tard des lavages quotidiens avec des solutions antiseptiques faibles, comme l'eau boriquée, l'eau chloralée très étendue, dans les cas où le malade présente de la température.

M. Poirier. — Je me souviens d'avoir opéré chez M. Bouilly, à l'hôpital de la Maternité, une malade dont la grande cavité péritonéale était remplie de pus. L'intestin était repoussé en haut et enkysté secondairement. L'opération se termina par un drainage, et la malade guérit parfaitement. Mais, dans la suite, l'examen de ses organes génitaux montra qu'ils étaient devenus tuberculeux.

M. Gérard-Marchant. — M. Richelot, dans son rapport, a discuté plusieurs questions intéressantes. Il est quelques points sur lesquels je veux revenir un instant.

La péritonite purulente septique généralisée est-elle curable? MM. Reynier et Quénu nous ont dit à ce propos que l'on prend souvent pour de la péritonite généralisée de la péritonite enkystée. M. Quénu nous a dit avoir vu chez un de ses malades des fausses membranes qui isolaient absolument l'intestin grêle. Ce n'est pas seulement un fait d'anatomie pathologique qu'il est bon de noter, mais il y a là un enseignement nous montrant combien il faut respecter ces barrières formées par des fausses membranes.

Pour ma part, je crois du reste pleinement que la péritonite purulente généralisée peut guérir. J'en ai deux observations probantes.

La première a trait à un enfant que je vis au cinquième jour d'une péritonite appendiculaire, et qui en était déjà à sa deuxième attaque d'appendice. Cet enfant présentait du ballonnement de ventre, des vomissements, des douleurs dans les deux fosses iliaques qui donnaient de la matité à la percussion : il avait eu une selle sanglante. Sa température était de 38°,9, mais son pouls n'était pas en rapport avec elle; il n'était qu'à 92. J'intervins par une laparotomie médiane.

Dans le péritoine se trouvait du pus épais et crémeux. L'épanchement avait gagné les deux fosses iliaques. Du côté droit, se voyait l'appendice décapité et gangrené; dans le pus où il nageait, il y avait même un petit calcul. L'intestin était couvert de fausses membranes adhérentes, épaisses, ainsi que les deux faces du mésentère. En déroulant l'intestin sur une compresse aseptique, j'allai jusqu'au foie et à la rate. Cette péritonite par conséquent nettement généralisée a fort bien guéri.

Ma seconde observation est celle d'une femme de cinquante-trois ans, près de laquelle je fus appelé par le Dr Capitan. Elle était au quatrième jour d'une péritonite consécutive sans doute à une perforation de l'appendice. Les symptômes étaient les mêmes que précédemment, les lésions identiques. L'appendice était dans le même état que le précédent. J'allai également jusqu'au foie, si bien que j'ouvrais une naissance par cette manœuvre à la péritonite généralisée, en admettant qu'elle n'eût pas existé auparavant.

Pourquoi ces deux malades ont-ils guéri? Il y a là, à mon sens, trois facteurs qu'il faut invoquer : la nature de la péritonite, le moment de l'intervention et la façon d'intervenir.

Nature de la péritonite. — MM. Kirmisson et Brun ont eu le mérite d'appeler l'attention sur la péritonite à pneumocoques. Elle est moins toxique que les autres espèces de péritonite, elle guérit plus facilement. Je crois, d'après les signes cliniques, avoir eu à faire à deux cas de ce genre, mais malheureusement, je n'ai pas d'examen bactériologique qui puisse en donner la preuve absolue. Les caractères du pus, l'état général relativement satisfaisant, l'aspect des fausses membranes, la présence de flocons que je dois aussi signaler. me poussent à porter le diagnostic de péritonite à pneumocoques. Ce qui ressort de ces observations, c'est qu'il ne faut pas négliger l'examen bactériologique de ces péritonites. Peu à peu, les péritonites se classifieront, et je crois qu'on s'apercevra que celles qui guérissent relèvent de certains microbes déterminés.

Moment de l'intervention. — Le grand point, c'est d'intervenir tôt, d'intervenir dès le début. M. Verchère a commencé à montrer que la septicémie péritonéale n'était pas ce que l'on croyait autrefois. On sait aujourd'hui qu'il y a certains signes cliniques dont il est nécessaire de tenir grand compte : la matité des fosses iliaques permet de dire qu'il y a épanchement dans le péritoine; une selle sanglante, des filets de sang mélangés aux matières laissent supposer que l'appendice vient de se gangréner et de se détacher; les urines rares, sur lesquelles insistaient les vieux cliniciens, ont également une grande valeur. L'étude de tous ces symptômes met le chirurgien à même d'intervenir avant l'intoxication générale.

Façon d'intervenir. — Je rejette absolument l'incision latérale, qui doit être réservée pour les accidents locaux de l'appendicite. Il faut intervenir par une incision médiane et étendue. Par cette incision, on peut vider les abcès, atteindre l'appendice, arriver sur l'intestin, enlever les collections liquides des deux fosses iliaques.

Faut-il faire la toilette du péritoine? J'ai renoncé aux grands lavages, et donné la préférence aux éponges et aux compresses, grâce auxquelles on peut aller au fond de la cavité abdominale.

Je tiens beaucoup, d'autre part, à la toilette de l'intestin. Il est tout à fait indispensable d'enlever les plaques fibrineuses qui le tapissent. et rien n'est plus facile en passant sur lui une compresse aseptique. De même pour le mésentère. Tout cela doit être fait rapidement, sans perdre de temps; de plus, il ne faut pas craindre d'attirer l'intestin lors de la cavité abdominale.

J'ai déjà dit que je n'ai plus recours aux lavages du péritoine. Je crois, en effet, que l'injection du sublimé est loin d'être inoffensive pour l'épithélium du péritoine. Injecte-t-on, au contraire, un liquide neutre, on n'est pas sûr de pouvoir le retirer en totalité, et il devient à

son tour un agent de contagion. Aussi je ne lave plus le péritoine.

Le drainage est-il plus indiqué? Il ne me semble pas que le drainage avec un tube soit suffisant; le drain étant placé verticalement quand le malade est couché, ne draine pas assez. J'aime mieux un bourrage de la cavité abdominale à la gaze iodoformée; c'est dans cette gaze que je mets un gros drain.

Je termine en disant que je crois à la guérison possible des péritonites purulentes généralisées, surtout lorsqu'elles sont dûes aux pneumocoques. Les deux observations précédentes viennent bien à l'appui de la thèse que j'avance.

M. Routier. — Je me rallie à l'opinion émise dans nos dernières séances par MM. Kirmisson et Brun. Si je demande la parole, c'est pour dire quelques mots de deux points soulevés par le rapport de M. Richelot : la nature de la péritonite et le drainage.

Il me semble bien, en effet, que la péritonite dont M. Malapert nous a communiqué l'observation était une péritonite à pneumocoques. Je suis intervenu une fois dans un cas semblable. Un enfant de onze ans présentait une péritonite purulente, dont le diagnostic bactériologique me fut révélé par l'aspect du pus retiré par une ponction explorative, et par un examen ultérieur de ce pus. Je vidais un litre et demi de pus, au milieu duquel baignaient les anses intestinales recouvertes de fausses membranes. L'enfant a guéri.

Quant au drainage, comme M. Jalaguier, je remplace aujourd'hui le procédé de Micknlicz par de gros drains, les mèches de gaze iodoformée ne drainant pas un point spécial. Enfin, je dois dire que je lave ou ne lave pas, suivant les conditions qui se présentent, sans avoir sur cette question une pratique définitivement arrêtée.

J'ajouterai deux mots au sujet de la curabilité de la péritonite purulente généralisée. Si la péritonite enkystée guérit fort bien, la guérison de la première forme est incontestablement plus rare; mais, pour exceptionnelle qu'elle soit, elle n'en existe pas moins. On peut arrêter cette péritonite généralisée au moment où se fait la généralisation, où apparaît le ballonnement du ventre. Tel était le cas d'un malade que j'ai présenté à la Société, il y a quelque temps, et qui était guéri d'une péritonite généralisée. Il faut aller vite, sans perdre un instant, si l'on veut réussir.

M. Nélaton. — Je veux vous présenter une malade qui rentre dans notre discussion. Elle eut, après un avortement, des accidents graves qu'on pourrait ranger sous l'étiquette de péritonite généralisée ou sous celle de péritonite localisée. Pour ma part, je crois qu'ils relèvent de la péritonite généralisée. Je fis une laparotomie chez elle; je vis un abcès enkysté que je vidai et lavai. Puis, dans la fosse iliaque gauche, était un autre abcès également enkysté, que je traitais de même façon. Même intervention encore pour un troisième abcès situé dans la fosse iliaque droite. C'est un type de péritonite à foyers multiples. Tous les foyers lavés et drainés, la malade guérit. L'appendice était sain; sains également les ovaires et les trompes. Le point de départ de cette péritonite suppurée m'échappa.

C'est là un cas heureux de péritonite à foyers multiples et séparés. J'ai, dans un autre cas, perdu une malade. Le matin, j'avais vidé chez elle une grosse collection purulente du petit bassin, et je l'avais lavée. Le soir même, l'opérée mourut. L'autopsie montra un autre abcès situé derrière l'estomac, et consécutif à une perforation de ce dernier organe. Celui que j'avais vidé n'était que secondaire. Il faut connaître ces formes de péritonite qui paraissent enkystées, mais qui sont constituées par des foyers multiples et isolés les uns des autres. L'écueil, c'est de n'intervenir qu'à demi, et de ne pas voir un de ces foyers.

Il faut également opérer les péritonites purulentes généralisées le plus vite possible. Je suis récemment intervenu chez une malade ayant une ascite suppurée généralisée au huitième jour. Les anses intestinales à ce moment étaient tellement adhérentes à la paroi qu'il m'a fallu faire des sections de la peau et que j'ai finalement dû renoncer à l'opération. Il me fut impossible de continuer; aussi la malade a-t-elle succombé.

A côté des péritonites généralisées, il faut donc citer les péritonites à foyers multiples et enkystés. Ces deux formes sont graves, mais elles peuvent guérir.

M. Quénu. — Je n'ai pas prétendu, dans mes dernières communications, nier l'existence de la péritonite suppurée généralisée. Mais j'ai montré combien il est difficile, à mon sens, de la reconnaître par les seuls signes cliniques. Il est, en effet, impossible de faire ce diagnostic d'une façon certaine, car le ballonnement du ventre et le liquide dans les flancs se trouvent avec des phénomènes d'enkystement. De même, il peut y avoir de la péritonite suppurée généralisée sans ballonnement, avec très peu de fièvre.

L'examen clinique n'est donc pas suffisant pour affirmer qu'on est en présence d'une péritonite suppurée généralisée. M. Reynier a mis en doute la guérison de ce genre de péritonite. Pour oser affirmer cette guérison, il faut, en effet, avoir ouvert le ventre, avoir vu l'intestin libre, et non en masse et enkysté.

Quant aux péritonites à foyers multiples dont a parlé M. Nélaton, elles n'appartiennent pas aux péritonites suppurées généralisées. Ce sont des péritonites localisées en un certain nombre de points, grâce à la réaction du péritoine, pour qui la suppuration est un moyen de défense.

On a également abordé dans cette discussion la nature des péritonites suppurées généralisées. Tout ce que je tiens à dire, c'est que toutes les péritonites suppurées généralisées qui guérissent ne sont pas des péritonites

pneumocoques. Aussi, anx hypothèses émises dans l'observation de M. Malapert aurais-je préféré un examen bactériologique. Il existe au moins trois observations qui viennent à l'appui de ma façon de voir : celle de M. Reynier, celle de M. Poirier et la mienne.

Une observation du myxôme du bassin.

M. Berger. — Je viens apporter à la Société l'observation d'une tumeur volumineuse de l'os iliaque, qui présente en outre l'intérêt d'être fort rare.

A la fin d'octobre 1896, entra dans mon service un homme déjà dans un état de cachexie avancée. Il était porteur d'une volumineuse tumeur abdominale, grosse, en février de cette même année comme un œuf de poule, d'après ce qu'il disait. Mais elle se développa fort vite à partir de ce moment, si bien qu'en quelques mois elle atteignit un volume considérable.

An mois de juillet, le malade avait commencé à ressentir des engourdissements dans la jambe gauche, puis de la douleur le long du nerf crural; enfin, il eut une paralysie du triceps en même temps qu'une anesthésie de la partie supérieure de la cuisse.

Pendant que ces troubles augmentaient, la tumeur se développait de façon à s'étendre du côté gauche de la crête iliaque aux fausses côtes; en arrière, elle arrivait près de la colonne vertébrale; en avant, elle débordait la ligne médiane vers le côté opposé de trois travers de doigt. Sa consistance était irrégulière : fluctuante en haut, pseudo-fluctuante et même dure en bas. C'était l'apparence d'un chondrôme, mais l'évolution avait été trop rapide.

La tumeur était d'ailleurs d'une fixité absolue, et de fortes adhérences l'appliquaient en bas contre l'os iliaque. Tous ces caractères font que j'ai porté le diagnostic de tumeur sarcomateuse, et que je ne serais pas intervenu si le malade ne l'avait impérieusement réclamé.

Je fis une incision de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'angle de la dernière côte avec la colonne vertébrale. La tumeur encapsulée fut facile à isoler à ce niveau. Elle apparaissait greuue, et se laissait dégager au fur et à mesure sur ses faces externe, supérieure et antérieure. Mais, à la fosse iliaque, je vis un prolongement filant sous les nerfs et vaisseaux cruraux. Il me fallut détruire à la rugine les adhérences de la tumeur à l'os iliaque pour pouvoir la faire basculer, et ainsi entraîner le prolongement en question.

La tumeur enlevée, je me trouvai en face d'une forte cavité, que je drainai. Les suites furent simples : le malade, après avoir été quelque temps en collapsus, se remit; la réunion se fit, la douleur et la paralysie disparurent. Jusqu'à présent je n'ai pas constaté de récidive.

Cette tumeur était un énorme myxôme à développement rapide.

Les myxômes des os ne sont pas communs. Signalés par Wirchow, Cornil et Ranvier, Volkmann, ils n'ont jamais fait l'objet d'une étude détaillée. Au bassin, Tillaux en opéra un en 1876, inséré au voisinage de l'ischion et donnant lieu à de forts phénomènes de compression. D'autres observations furent encore publiées par Chari, Tanzzini, Isidore, Tédenat, Meyer et Israël, Reverdin, Nové-Josserand et Bérard.

Peut-être certains myxômes de la partie supérieure des membres ont-ils une origine osseuse ou périostique. En tous cas, dans toutes les observations, on peut voir que ces myxômes des os n'ont, avec le bassin, que des rapports de proximité; ils s'y rattachent par un pédicule long et grêle. Mon cas est le seul où la tumeur ait été largement implantée sur le tissu osseux, au point qu'il m'a fallu ruginer la fosse iliaque interne.

Le diagnostic de ces tumeurs est impossible. Toutefois elles se développent plus rapidement que les chondrômes. Mais histologiquement même, le diagnostic n'est pas facile entre les myxômes et les chondrômes, puisque dans mon cas, M. Besançon a trouvé, à côté de cellules myxomateuses fort nettes, d'autres cellules entourées d'espaces clairs et sûrement cartilagineuses. Toutefois, l'élément myxomateux était beaucoup plus abondant que l'autre, à tel point qu'on ne pouvait même pas se dire en face d'un chondromyxôme.

Le diagnostic avec les sarcômes est délicat également, myxôme et sarcôme ayant tous deux une marche rapide.

Les difficultés opératoires sont analogues à celles des chondrômes pelviens. La mortalité, d'après les différentes observations, est assez sérieuse. On ne peut pas donner de conseils précis. Chaque cas comporte ses indications. D'après l'intervention que j'ai pratiquée, il m'a semblé qu'il fallait autant que possible détruire au plus vite le point d'implantation, pour pouvoir plus facilement enlever tout le reste, particulièrement les prolongements par suite d'un mouvement de bascule.

A ce cas, je dois en ajouter un autre que je viens de voir tout récemment, et dont je donnerai l'observation en détail. C'est une tumeur de même nature qui s'est développée rapidement à l'extrémité supérieure de l'humérus, si bien que j'ai dû pratiquer une amputation interscapulo-thoracique. L'examen histologique est superposable au précédent.

Pour le moment, je me borne à constater que ces deux myxômes siégeaient l'un et l'autre à la racine des membres.

M. Quénu. — Les myxômes des os diffèrent comme pronostic de ceux des parties molles. Les sarcômes des os, surtout les sarcômes épiphysaires, contiennent souvent du tissu myxomateux, si bien que ce sont des myxosarcômes. Le myxôme est une tumeur du type conjonctif comme le sarcôme: il n'y a pas entre eux un grand fossé. Leur évolution et leur pronostic sont comparables.

M. Kirmisson. — Si M. Quénu a raison au point de

vue anatomique, il n'en est pas moins vrai que le sarcôme est loin d'être la tumeur myxomateuse encapsulée que M. Berger vient de nous décrire.

M. Berger. — Je répète que le diagnostic avait été très difficile, Je croyais à un sarcôme, avec réserves pour le chondrôme. En réalité c'était un myxochondrôme, où l'élément myxômateux dominait l'antre de beaucoup, si bien que le nom de myxôme convient mieux que celui de myxochondrôme.

Les myxômes purs des os ne se généralisent pas et ne récidivent pas. Ils sont plus bénins que les myxosarcômes.

Observations.

M. Legueu lit deux observations ayant pour titre : *Occlusion intestinale par torsion du cæcum et pseudo-occlusion par paralysie de l'intestin.*

Présentations de pièces.

M. Bazy présente un caillot sanguin, formé du caillot fibrineux et du caillot cruorique, provenant d'un anévrysme de l'artère tibiale postérieure.

M. Guinard présente une perforation du duodénum consécutive à un ulcère rond de cet organe.

M. Rochard présente une perforation du duodénum qui s'était accompagnée de symptômes d'occlusion intestinale.

M. Rochard présente une pièce provenant d'une grossesse extra-utérine de sept mois et demi. Le fœtus était mort depuis trois mois. Il a extrait la poche entière, ce qui est tout à fait exceptionnel.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DU RACHIS

Redressement des gibbosités pottiques.

M. Chipault réclame en ces termes la priorité du traitement des gibbosités pottiques par la réduction :

Dans son travail du 22 décembre 1896, le Dr Calot déclarant que tous les chirurgiens, sauf lui, rejettent, comme inutile et dangereuse, la réduction des gibbosités pottiques, ajoute : « mes premières opérations datent seulement d'un peu plus d'un an. » Or, dans un article publié le 22 juillet 1896 par la *Médecine moderne* et intitulé : « Un traitement nouveau du mal de Pott », je dis « J'ai, au dernier Congrès de Chirurgie (1895) insisté sur l'intérêt de la technique nouvelle auprès de plusieurs de mes confrères et en particulier auprès de mon ami Calot (de Berck), qui voulut bien me permettre de l'expérimenter largement ». Or, quelle est, d'après ledit article, cette technique : « Le malade, endormi au chloroforme, étant placé sur le ventre, et la face postérieure du rachis mise à nu sur l'étendue nécessaire, deux aides, l'un par traction axillaire, l'autre par traction sur les membres inférieurs, essayent de réduire la gibbosité... ; ceci fait, les ligatures apophysaires sont placées... ; on voit combien alors est devenue facile la tâche de l'appareil orthopédique, qui, au lieu d'avoir à lutter contre un rachis dont la déformation tend sans cesse à se reproduire et à s'accroitre, n'a qu'à maintenir en bonne position un rachis redressé et déjà consolidé. » Suivent les observations : dans la première, je dis : « la gibbosité était énorme, dessinant une courbe dominée par cinq apophyses... sous chloroforme, une extension et une contre-extension légères suffirent pour ramener la colonne vertébrale à la rectitude... j'ai eu l'occasion de faire constater plusieurs fois à mes maitres et à mes collègues ce résultat véritablement parfait » dans la seconde observation : « la réduction sous chloroforme de la gibbosité fut très facile » ; dans la cinquième « sous chloroforme, la gibbosité ne fut réduite que partiellement ». J'ajouterai que la première de ces observations avait été déjà publiée par moi deux fois : la première en mars 1895, dans la *Médecine moderne*, la seconde en mai 1896, dans mes *Travaux de neurologie chirurgicale* où j'affirmais déjà, en attirant tout spécialement l'attention sur elle, la nécessité de « traiter certains cas de mal de Pott par la réduction sous chloroforme de la gibbosité ».

Je pourrais multiplier ces citations : celles-ci me semblent suffire.

Je dépose, du reste, l'ensemble de mes pièces à conviction sur le bureau de l'Académie et je conclus : « Sans revendiquer à mon collègue et ami Calot le rôle important de vulgarisateur qu'il a joué, sans vouloir critiquer les détails, à mon avis fâcheux par lesquels il sépare sa manière d'agir de la mienne (résection et non ligature des apophyses, violence trop grande de la réduction, sélection insuffisante des cas traités), je réclame catégoriquement la priorité scientifique de la réduction en un temps sous chloroforme, des gibbosités pottiques : cette priorité, basée sur des publications antérieures, non seulement à la communication, mais encore aux toutes premières opérations de Calot, étant, je l'ai démontré, absolument indiscutable. »

CHIRURGIE DE LA FACE

Canule à trachéotomie facile à improviser.

M. Kofmann conseille (in *Centralb. für chir.*, n° 14, 1897) de se servir, pour improviser une canule à trachéotomie, d'un simple tube à drainage de 8 centimètres de long et d'un demi-centimètre de diamètre. Cette canule serait facile à supporter et conviendrait tout particulièrement aux opérés qui doivent longtemps conserver la fistule trachéale, pour les malades atteints de cancer du larynx par exemple.

Pour maintenir cette canule en place, il suffit de diviser le bout externe snr une longueur d'un centimètre et demi environ et d'attacber aux valves les cordons qui doiveat fixer l'instrnment, ce qui est facile.

Si la cannle doit servir pour parler, on peut y pratiquer nn orifice à l'endroit vonlu, orifice dont les bords seront arrondis à l'aide d'une flamme de lampe à alcool, pnis de frictions avec un tampon d'ouate imbibé d'éther. (*Bull. méd.*, 21 avril 1897.)

Du tubage du larynx dans les opérations sur la cavité naso-buccale, la plèvre et le poumon.

M. Doyen. — Il ne sera pas sans intérêt de présenter à l'Académie, à propos de ces opérations de polypes nasopbaryngiens, où le sang menace d'obstruer les voies aériennes, les canules spéciales à tubage du larynx que j'ai fait construire par M. Collin et dont je fais usage depuis plusieurs mois ponr les opérations de staphylor raphie, les opérations sur le poumon, etc.

Ces canules laryngées, qui se placent aisément chez l'adulte comme cbez l'enfanl, à l'aide d'une pince conrbe, permettent de faire la narcoseà distance, comme la canule à tracbéotomie de Trendelenbourg, mais par les voies naturelles, et mener à bien, sans interrnption, les opérations les plus délicates.

Dans les opérations sur le poumon, leur emploi permet l'insnfflation de cet organe. (Acad. de méd., séance du 20 avril 1897.)

Extirpation extemporanée des polypes naso-pharyngiens par les voies naturelles.

M. Doyen présente à l'Académie un enfant auquel il a pratiqué l'ablation extemporanée d'un fibrôme nasopharyngien par les voies naturelles et propose d'appliquer cette méthode à tons les fibrômes naso-pharyngiens quelque soit leur volume. Le pédicule nne fois détaché, les prolongements uasaux et maxillaires qui distendent les cavités de la face sans y adbérer, sont extrails avec la masse principale de la tumeur. Leur extraction d'un seul bloc serait-elle impossible? Le morcellement en serait aisé, inoffensif après détacbement complet du pédicule. En somme, en tous cas, pour la masse principale comme pour les prolongements, l'indication formelle est celle-ci : détacber d'abord le pédicule avec la rnpine. Ainsi on se met à l'abri de l'bémorrhagie.

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Empoisonnement arsenical par la voie vaginale.

M. A. Haberda (*Bull. méd.*, 25 avril 1897) a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une jeune servante de vingt-cinq ans, originaire de la Styrie, cbez laquelle on trouva la partie supérieure du vagin remplie d'un exsudat fibrineux. Au milieu de cet exudat se trouvait une boulette de papier grosse comme nne noisette qui contenait encore de l'arsenic.

Les lésions produites par l'intoxication étaient les snivantes : léger ictère, hémorragies, dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins, lésions stomacales et intestinales.

C'était ponr se suicider que cette jenne fille avait introduit le poison par cette voie détonrnée, et il paraît que l'intoxication arsenicale par le vagin n'est pas inconnuc, soit dans le but de snicide, soit dans celni d'homicide (*Wien klin. Woch.*, n° 9.)

Opération contre la rétroflexion de l'utérus.

D'après **J. Elischer** (*Centralbl. f. Gyn.*, 13 mars 1897), on peut reprocher à tous les procédés opératoires dirigés contre la rétroflexion de substituer à nne position pathologique une autre non moins anormale.

Il en est ainsi dn raccourcissement des ligaments ronds, bien que ce soit encore le procédé le moins mauvais, mais surtout de la vagino et ventro-fixation.

Dans la correction d'une rélroflexion, on doit avoir comme objectif de corriger la position pathologique et maintenir l'utérus réduit en positiou physiologique, c'est-à-dire de lni conserver sa mobilité et son antéflexion légère normale. C'est dans ce but qne l'anteur a pratiqué l'opération suivante : L'utérus mobile ou libéré de ses adbérences est attiré à la vulve avec des pinces, d'après le procédé de Dührssen.

Une incision courbe libère la vessie de l'utérus et le décollement est complété jnsqu'au péritoine. Le repli péritonéal vésico-utérin est onvert et immédiatement on fixe le péritoine à la tranche vaginale pour que la vessie soit recouverte; pnis le fond de l'utérus est abaissé et attiré à la vulve.

L'utérus se tronve alors naturellement en antéflexion légère. On pratiqne au niveau de l'angle de flexion nne incision de 2 centimètres et demi à 3 centimètres à courbnre inférieure, et pénétrant obliquement dans le muscle utérin de bas en haut, qui détache nn lambeau à convexité inférieure.

Au-dessous de l'angle de flexion et sur le col même, avivement de denx centimètres, correspondant au lambeau supérieur qn'on fait glisser à ce niveau. Un premier point de suture à la soie, médian, et passant par la base dn lambeau snpérienr rénnit ce dernier à l'avivement du col; deux points latéraux fixent le lambeau sur les côtés. Une suture superficielle acbève la fixation du lambeau.

Le glissement du lambeau snpérieur sur le col a donc amené le corps ntérin en antéflexion sur le col, et la fixation portant sur l'utérus lui-même est définitive.

Le péritoine est saturé, la plaie vaginale fermée. Le pansement est fait comme pour nne colporrhaphie antérieure.

La convalescence ne présente aucnne complication si on a opéré aseptiquement. Les malades nriuent le plus

souvent spontanément et dès le deuxième ou troisième jour les douleurs de rein de la rétroflexion disparaissent. Les sutures sont enlevées au dixième jour.

Cette méthode a été appliquée dans neuf cas. Les malades revues après sept, huit et onze mois ont présenté un résultat idéal. Une des malades actuellement gravide présente une grossesse normale.

(*Semaine gyn.*, 20 avril 1897.)

Nouvelle opération contre la rétrodéviation utérine.

Dans les cas de rétrodéviation simple, sans annexite, le traitement opératoire, d'après **Th. Jonnesco** (*Centralbl. f. Gyn.*, 20 mars 1897), doit tendre à mobiliser l'utérus, réduire la déviation et maintenir cette réduction en plaçant l'utérus dans une position aussi physiologique que possible. Ce n'est que par une intervention abdominale qu'on peut répondre à tous ces desiderata, seule la laparotomie permet de libérer complètement et de redresser l'utérus.

L'hystérectomie cunéiforme antérieure redonnera à l'utérus une antéflexion normale et constante et le raccourcissement des ligaments ronds pourra la maintenir en antéposition.

Tous les procédés actuels n'ont en vue qu'un seul point du problème, et pour répondre aux indications, il faut non seulement corriger la flexion, mais obvier encore au relâchement des moyens de suspension.

L'opération suivante a été pratiquée chez une femme de 22 ans, et motivée par de la dysménorrhée, des douleurs pelviennes, de la constipation, utérus et rétroflexion et rétroposition.

Laparotomie, réduction de la rétroflexion.

Cunéohystérectomie antérieure, incision transversale du péritoine sur toute la face antérieure de l'utérus en suivant le cul-de-sac vésico-utérin, décollement du feuillet péritonéal et de la vessie sur une hauteur de 2 centimètres. Le lambeau péritonéal supérieur est également décollé, de telle sorte qu'on ait une surface utérine libre de 3 centimètres. On excise alors un coin de muscle utérin de 2 centimètres et demi de hauteur et dont la pointe va jusqu'à la muqueuse, mais sans l'atteindre. Suture avec trois fils profonds au catgut qui suffit à l'hémostase, puis suture superficielle au catgut. L'utérus est ainsi replacé en antéflexion physiologique.

Les ligaments ronds sont raccourcis par le procédé de Gill-Whylie. Après avivement sur une longueur de un centimètre à leur extrémité utérine postérieure et à leur extrémité antérieure au niveau du canal inguinal, suture à la soie des deux surfaces avivées. Cinq points de suture sont ensuite placés sur le ligament rond ainsi replié sur lui-même.

Pour rendre plus solide la suture, on passe une anse de fil dans le ligament large qu'on lie en arrière.

Même opération des deux côtés.

Suture à trois plans de la paroi abdominale. Suites opératoires simples. La menstruation suivante n'est pas douloureuse et l'état local paraît tout à fait normal. Utérus en antéflexion, bien fixe, le fond utérin est libre, de mobilité normale.

(*Sem. Gyn.*, 20 avril 1897.)

Les tumeurs fantômes.

Les tumeurs fantômes et les fausses grossesses ont d'étroits rapports (**Archibald Donald**, *the Practitionner*, mars 1897) : caractérisées l'une et l'autre par une augmentation du volume du ventre avec sonorité plus ou moins claire, on les a attribuées en bloc à l'hystérie. L'auteur, d'après de soigneuses observations, est arrivé à conclure que des états divers peuvent leur donner lieu et qu'on peut les classer en divers groupes. Trois éléments peuvent entrer dans l'augmentation du volume abdominal : une accumulation de gaz dans l'intestin, la polysarcie pariétale et épiploïque, la contracture des muscles abdominaux. On peut diviser les tumeurs fantômes, d'après ces données, en cinq classes :

1° *Tumeurs-fantômes associées à la pelvipéritonite* : l'auteur rapporte une observation personnelle et en a suivi plusieurs autres semblables. La tumeur-fantôme était manifestement liée à un réflexe provenant de l'irritation du péritoine pelvien : l'irritation du péritoine abdominal produirait sans doute le même effet. Il se produit dans toute irritation péritonéale une tension des parois et une distension caractéristiques, comme si la nature voulait ainsi protéger contre l'extérieur les organes malades.

2° *Tumeurs-fantômes liées à la ménopause normale* : Dans ce groupe, les manifestations varient dans les plus larges limites : la dyspepsie si commune à cet âge, ainsi que l'adiposité surviennent souvent à la ménopose : on sait aussi combien sont fréquentes à cette époque les fausses grossesses. Mais il est toujours utile d'examiner l'utérus qui peut être le siège d'une lésion organique.

3° *Tumeurs-fantômes liées à la ménopause pathologique*. Chez quelques femmes, la ménopause survient prématurément, soit par suite d'une superinvolution, conséquence de la lactation excessive, soit du fait de l'atrophie des annexes à la suite de la pelvipéritonite et de la cellulite : il en résulte de l'aménorrhée et des troubles réflexes pouvant donner lieu à de fausses tumeurs comme à de fausses grossesses.

4° *Tumeurs-fantômes chez de jeunes femmes, en rapport avec l'aménorrhée et la polysarcie*. L'origine de cet état est obscure, mais non rare : il survient généralement entre 25 et 35 ans après une ou plusieurs grossesses et est caractérisé par un envahissement rapide, général et surtout abdominal, de tissu adipeux et par une

oligoménorrhée ou une aménorrhée complète parfois seulement temporaire. Cet état coincide parfois avec de fausses grossesses et de fausses tumeurs et avec une anémie profonde qui impliquerait l'aménorrhée et la polysarcie; mais souvent aussi, il n'y a pas de signes d'anémie. L'explication — obscure — résiderait alors dans une trophonévrose réflexe due à des modifications ovariennes.

5° *Tumeurs-fantômes liées à l'hystérie pure.* A côté des groupes précédents de pathogénie plus ou moins confuse, il est des fausses tumeurs purement hystériques qui avec les progrès de la science trouveront peut-être une autre explication. Leur description est connue: elles sont ordinairement constituées par une accumulation de gaz dans l'intestin, gaz produit naturellement ou dégluti volontairement et distendant l'intestin plus ou moins paralysé.

Le *diagnostic* de ces fausses tumeurs, en tant que symptôme, est généralement facile, même sans anesthésie. La percussion lève les doutes la plupart du temps; la palpation profonde bimanuelle est souvent possible et renseigne sur l'épaisseur des parois abdominales. Un autre moyen consiste à observer soigneusement le ventre pendant que le malade se redresse de la position couchée: la contraction des muscles droits est alors très apparente et déforme la régularité de la tumeur. Si celle-ci est réelle et volumineuse, elle ne change pas d'aspect pendant ce mouvement. Ce moyen cependant est peu significatif en cas d'ascite ou de polysarcie. Souvent la chloroformisation est nécessaire, mais sans efficacité dans les cas hystériques typiques et dans ceux du quatrième groupe. Dans les tumeurs moins prononcées ou les fausses grossesses de la ménopause, l'interrogatoire suffit ordinairement. Mais en dehors de l'hystérie et de la ménopause, il faut supposer quelque lésion pelvienne ou abdominale et la rechercher sous l'anesthésie.

En raison de la classification ci-dessus, le traitement est nécessairement variable pour chaque cas. L'électricité et les antispasmodiques sont indiqués dans l'hystérie, mais inutiles dans les autres groupes. En cas de lésion organique, inflammatoire, repos au lit ou opération; s'il y a une tumeur réelle, on devra l'enlever. Au moment de la ménopause, sels de soude et noix vomique et si la malade croit à une grossesse, il importe de lui démontrer son erreur. Régime et exercice pour les cas du quatrième groupe. *(Sem. gyn.*, 27 avril 1897.)

APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

Appendicite.

A l'Académie de Médecine (séance du 20 avril 1897) M. **Glénard** émet l'opinion que l'entéro-colite est sous la dependance de l'entéroptose (?) et ne croit pas qu'on soit autorisé à admettre une relation de cause à effet entre la colite et l'appendicite; M. **Labbé**, abandonnant la discussion pathogénique, résume en quelques mots les indications du traitement chirurgical des appendicites; M. **Dieulafoy** défend de nouveau sa théorie et s'élève contre le rôle qu'on entend faire jouer à l'entéro-colite dans la genèse des accidents appendiculaires.

« Les gens qui ont de l'entéro-colite membraneuse sont-ils exposés à l'appendicite? Oui, dit M. Reclus; très rarement dit M. Potain et c'est aussi mon avis.

M. Reclus nous a apporté quelques faits irréfutables, mais qui rentrent dans la série des exceptions. Je voulais ne plus répondre, mais j'ai reçu des documents si nombreux que je me vois forcé de vous les communiquer.

M. Tanche, de Lille, m'écrit qu'il observe trois malades depuis 10 ans ayant eu à eux trois, des centaines de crises d'entéro-colite et jamais d'appendicite.

M. Chabert m'envoie les observations de trente-six personnes suivies depuis 12 ans ayant eu des crises d'entérocolite extrêmement violentes et jamais d'appendicite.

M. Rémon me communique les observations de deux malades. L'un depuis 10 ans, l'autre depuis 27 ans, ont des crises d'entéro-colite nombreuses, jamais ils n'ont eu d'appendicite.

J'ai vu, tout récemment, avec M. Conderc, une dame ayant de l'entéro-colite ainsi que ses deux enfants, jamais ni les uns ni les autres n'ont eu le moindre accident d'appendicite

M. Charrier a observé deux malades atteints d'entérocolite sans trace d'appendicite à aucun moment.

M. Berger m'a envoyé un malade qui depuis 16 ans a des crises extrêmement intenses avec vomissements verdâtres, parfois fièvre, avec douleurs violentes le long du côlon transverse et au niveau du cæcum, et qu'est-ce qu'il a? de l'entéro-colite avec glaires et sable intestinal et pas trace d'appendicite.

Depuis ces tout derniers temps, j'ai vu sept personnes avec colite membraneuse, aucune n'a jamais eu d'appendicite.

MM. Hirtz et Hudelo m'ont montré une femme qui a des crises terribles d'entéro-colite, qui remplit la moitié de son pot de chambre de glaires. Jamais elle n'a eu d'appendicite.

Voilà donc 53 cas récents où des sujets atteints depuis des années d'entéro-colite avec crises très fréquentes n'ont jamais eu d'appendicite. Ces cas ajoutés à ceux que je vous ai présentés, font un total de 900 cas de colites membraneuses sans un seul accident d'appendicite.

Inversement depuis quelque temps, j'ai observé 24 sujets dont j'ai eu l'appendice dans les mains, j'en ai vu tout récemment 5 autres encore. Ils avaient eu de l'appendicite et jamais d'entéro-colite.

M. Duguet n'a jamais observé l'appendicite chez les très nombreux sujets atteints de colite membraneuse qu'il a vus.

M. Hutinel a observé des quantités d'entérite folliculaire chez des enfants de 2 à 5 ans. Il a constaté souvent des poussées aiguës quelquefois infectieuses, se localisant dans le côlon transverse, parfois au niveau du cæcum. Trois fois il a vu des enfants ayant eu des accidents de ce genre et qui faillirent être opérés. Ils guérirent. M. Hutinel attire vivement l'attention sur ce point et croit que des chirurgiens même éminents ont pu souvent se tromper en pareils cas et attribuer à l'appendicite vraie ces accidents de pseudo-appendicite dus à la localisation typhlique de l'entéro-colite, localisation parfaitement curable médicalement. Par conséquent si M. Reclus nous apporte 12 cas d'entéro-colite se terminant par appendicite, moi j'apporte 900 cas d'entéro-colite sans un seul accident d'appendicite. Je crois donc que M. Reclus a eu affaire à des exceptions et que les sujets atteints d'entéro-colite membraneuse peuvent dormir tranquilles. Ils ne sont pas plus exposés que n'importe qui à l'appendicite. (*Méd. mod.*, 21 avril).

Extirpation du rectum par le vagin avec utilisation du vagin pour remplacer le tissu rectal enlevé.

Henry-E. Byford (*Annals of Surgery*, 1896, n° 47, p. 631). — L'excision du rectum par le vagin a été pratiquée par l'auteur et lui semble marquer un progrès dans la chirurgie.

Il s'agissait d'une femme présentant un carcinôme cylindrique un peu plus gros qu'un œuf de poule, développé dans la paroi postérieure et latérale droite du rectum. Le tiers de la tumeur faisait saillie dans l'intestin. Son bord inférieur était à sept centimètres et demi du bord cutané de la marge de l'anus, son bord supérieur remontait cinq centimètres plus haut. Comme elle n'était pas adhérente aux tissus voisins, l'auteur pensa, bien qu'elle s'élevât au-dessus du fond du cul-de-sac de Douglas, qu'il l'atteindrait mieux par une section vaginale, et que, si le péritoine devait être incisé, il le serait plus facilement ainsi que par la voie sacrée.

Byford pratiqua une incision transversale à environ un centimètre et demi au-dessous et en arrière du col utérin. Déchirant le tissu conjonctif avec les doigts, il sépara la tumeur et le rectum des tissus voisins aussi haut que possible, au-dessus du bord du bassin ; pour prévenir l'hémorrhagie, il plaça, le long des côtés du rectum, de gros tampons de gaze. Le rectum fut libéré de ses attaches au-dessous de la tumeur, qui fut attirée à la vulve. Cette manœuvre déchira le cul-de-sac, qui fut largement ouvert, cinq centimètres de rectum, tapissés du péritoine à leur face antérieure, descendirent dans le vagin. On enleva alors, entre deux grandes pinces, une longueur d'intestin de cinq centimètres comprenant la tumeur.

Cela fait, l'auteur aboucha et sutura à la paroi vaginale le bout supérieur du rectum, fermant du même coup la cavité péritonéale. La tranche du bout inférieur fut cousue en vue de l'hémostase, mais sa lumière ne fut pas oblitérée. Des mèches de gaze, dont l'extrémité fut laissée hors de l'anus, remplirent l'espace résultant de l'extirpation du segment rectal.

L'auteur avait l'intention, dans une seconde opération, d'aboucher le segment inférieur du rectum à la paroi vaginale postérieure, et d'utiliser le vagin pour remplacer la portion de rectum enlevée en fermant son orifice d'entrée et en forçant ainsi les matières à ressortir par l'anus. Il avait, dans un autre cas de carcinôme rectal, enlevé une portion de la paroi recto-vaginale et utilisé le vagin en le fermant ; la malade avait eu un an de survie pendant lequel les fèces s'étaient évacuées par le rectum. En ajoutant une incision médiane transversale pratiquée par l'auteur, on pourrait, en détachant mieux le rectum en arrière, faire moins de débridements latéraux et perdre ainsi moins de sang.

Outre les avantages résultant de l'utilisation du vagin pour remplacer la portion de rectum extirpée, danger moins grand de l'ouverture du péritoine, possibilité de faire porter avec un moins grand traumatisme l'excision du rectum aussi haut que par la voie sacrée, l'auteur signale la possibilité de faire, avant de toucher au rectum, une exploration intra-péritonéale des tissus voisins ; la gravité moins grande de la plaie et sa situation meilleure si l'opération doit être abandonnée après les premières incisions, enfin, la commodité plus grande pour la malade de cette intervention au point de vue des suites de l'opération que de l'intervention sacrée.

(*Presse méd.*, 24 avril 1897.)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Association générale des médecins de France.

Comme toujours, l'assemblée générale a eu ses deux journées.

Le dimanche, M. le professeur Lannelongue, réélu président pour cinq ans par 3,755 voix, a remercié ses confrères de sa réélection et a fait, en terminant, un chaleureux appel à de nouveaux adhérents car, a-t-il dit « nous vivons dans un temps où nul ne peut savoir quel sera son lendemain ».

M. Blache a exposé la situation financière. L'avoir social, soit 1,923,532 fr. 70, a augmenté depuis l'an dernier, et l'avoir des Sociétés locales est de 1,110,000 fr. C'est une fortune de plus de 3 millions avec laquelle on peut secourir bien des infortunes.

M. Lereboullet, secrétaire général, a parlé des actes de l'association pendant l'exercice écoulé. Il a rappelé la page vigoureuse de Léon Lefort contre les dichotomistes,

conseillé le maintien plus que jamais nécessaire de la probité médicale, préconisé même l'établissement d'un tarif d'honoraires, proposition qui paraît discutable à plusieurs.

La seconde journée a été comme d'ordinaire consacrée aux affaires. On a voté neuf pensions nouvelles en faveur de confrères, dont les misères sont vraiment navrantes. Sur le rapport du Dr Martin, on a émis le vœu que le Parlement adoptât la proposition suivante, soumise à la commission de la Chambre des députés qui examine la loi sur les patentes :

« En ce qui concerne les médecins, ils ne pourront être assujettis au paiement du droit proportionnel des patentes, que dans l'arrondissement où ils auront fait enregistrer leur diplôme. »

Il est ridicule, en effet, de voir un médecin des eaux qui n'exerce qu'à Brides ou à Vichy, payer aussi patente à Paris où il n'exerce pas.

Il y avait dans l'air, grâce à un récent procès, des aspirations vers un idéal de dignité professionnelle : Création d'un ordre de médecins, que réclamait récemment le *Petit Journal*, enseignement de la déontologie dans les Facultés ou les hôpitaux, création d'un diplôme spécial d'exercice de la médecine qu'on ne donnerait qu'aux seuls Français, tout en maintenant pour tous, étrangers et nationaux, le diplôme actuel, voilà ce que les Sociétés locales ont mission d'étudier pendant l'année qui vient.

De même, pour certain article de la loi sur l'exercice de la médecine, qui impose aux médecins chargés de délivrer un certificat pour le travail dans les ateliers, de délivrer ce certificat gratuitement, tandis que l'intéressé paierait le certificat contradictoire demandé à un médecin de son choix !

Le matin, les délégués et quelques confrères de Paris avaient fait une visite complète de l'Institut Pasteur, s'inclinant devant la crypte sobrement et tristement ornée qui garde les restes de l'illustre savant et écoutant sur les microbes, les sérums et leur emploi, les doctes explications de MM. Metchnikoff et Martin.

Dr C. Delvaille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours pratique de laryngologie, rhynologie et otologie.

M. le docteur Castex, chargé de cours, commencera ses leçons le mardi 4 mai 1897, à 3 heures (3, rue Jacob), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sont admis à ce cours tous les étudiants et docteurs en médecine.

On s'inscrit pour les exercices pratiques au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1) tous les jours, de midi à 3 heures.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

La première séance de la troisième épreuve (consultation écrite) aura lieu vendredi 30 mai, à 4 h. 30, à la Charité.

Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 31 mai 1897. — Se faire inscrire du 1er au 14 mai prochain.

Concours d'accouchement.

Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le 10 mai pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Basset, Beaudron, Bernheim, Bouffe de Saint-Blaise, Chavane, Demelin, Dubrisay, Schwab, Wallich.

Le jury est provisoirement composé de MM. Maygrier, Lucas-Championnière, Bar, Auvard, Marchand, Ricard, Hérard.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Voyages dans les Pyrénées.

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des billets d'excursion comprenant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le centre de la France et les stations hivernales et balnéaires des Pyrénées et du golfe de Gascogne.

Premier itinéraire.

Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Bayonne, Bordeaux, Paris.

Deuxième itinéraire.

Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris (*viâ* Montauban-Cahors-Limoges, ou *viâ* Figeac-Limoges).

Troisième itinéraire.

Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne, Pau, Pierrefitte-Natalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris (*viâ* Montauban-Cahors-Limoges ou *viâ* Figeac-Limoges).

Prix des billets : 1re classe, 163 fr. 50; 2e classe, 122 fr. 50.

Durée de validité : 30 jours.

NOTES POUR L'INTERNAT

L'abondance des matières nous oblige à remettre à notre prochain numéro la fin des Notes d'Internat : **L'ectopie du testicule.**

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

NOTES DE CHIRURGIE PRATIQUE

De l'énucléation de l'œil.

Par E. Broussolle (de Dijon).

L'opération qui consiste à enlever un œil inutile et, quelquefois aussi, dangereux, est fréquemment indiquée; point n'est besoin de se spécialiser dans la chirurgie de l'œil pour pratiquer avec succès cette énucléation soit par le procédé classique de Bonnet, soit par ce même procédé modifié par le professeur Tillaux. Ce que nous devons emprunter aux spécialistes en ophtalmologie, ce sont les règles minutieuses que nécessite le port d'un œil artificiel, car le rôle du chirurgien n'est qu'à moitié rempli quand la plaie de l'orbite est cicatrisée.

Nous devons donner tous nos soins à bien indiquer à l'opéré les règles indispensables auxquelles il doit se soumettre afin de maintenir en bon état la cavité de réception de l'œil artificiel et cette pièce elle-même.

Si je laisse de côté toute cette seconde partie de l'intervention, je crois nécessaire d'en indiquer dès le début l'importance.

Disons que, dans bien des cas, l'énucléation de l'œil est indiquée chez des jeunes filles à la suite d'une blessure de l'œil par une aiguille : ultérieurement l'atrophie de cet œil malade constitue une choquante infirmité, quand les accidents d'ophtalmie sympathique du côté de l'œil sain ne viennent pas exiger d'urgence l'intervention du chirurgien.

En quelques mots, j'indiquerai l'appareil instrumental, laissant de côté les préparatifs de l'opération elle-même au point de vue de l'antisepsie du milieu, du malade, du chirurgien et de ses aides; puis je décrirai avec détails l'opération elle-même.

A. Instruments. — Comme dans toute intervention, le chirurgien est seul responsable de ses oublis et il doit toujours avoir présents à l'esprit les deux groupes d'instruments à tenir prêts.

a) Les pinces à forcipressure, ici au nombre de cinq à six seulement, pour saisir les tampons et pour l'hémostase; les ciseaux ordinaires pour les fils et la gaze; l'aiguille fixe de Reverdin courbe; une pince à disséquer; des fils de soie fine ou de catgut fin : ce sont les instruments communs à toutes les opérations;

b) Le second groupe d'instruments comprend les instruments spéciaux à l'acte opératoire en question. Ils sont au nombre de six : Un blépharostat, une pince à griffes, deux paires de ciseaux courbes et mousses, une petite et une de moyen volume, et enfin un crochet à strabisme.

B. Opération. — Ici, comme dans toute opération, songez à distribuer leur rôle à vos aides, à placer en bon éclairage la région où vous opérez et vérifiez la scrupuleuse exécution des règles d'antisepsie.

Un aide se chargera de l'anesthésie; un second immobilisera la tête. Votre place est du côté du sommet de la tête pour l'œil gauche et sur le côté droit s'il s'agit d'énucléer l'œil droit.

Il y a avantage à se passer d'un troisième aide dont le rôle alors serait de passer les tampons ou les ins-

truments. J'insiste beaucoup sur le minimum d'instruments et le minimum d'aides dans tout acte opératoire ; autant d'intermédiaires, autant de chances d'infection en plus.

Les précautions antiseptiques préalables ayant été bien prises et tout étant bien à la portée de votre main droite, vous pouvez commencer l'énucléation qui comprend cinq temps :

1° Section circulaire de la conjonctive autour de la cornée ;

2° Section des tendons des muscles droits au ras de leur insertion, sauf pour le droit externe;

3° Section du nerf optique abordé par son côté externe;

4° Libération de l'œil, section des muscles obliques;

5° Hémostase et réunion des lèvres de la plaie conjonctivale.

Premier temps. — Les paupières étant écartées avec le blépharostat, on saisit la conjonctive oculaire tout contre la cornée avec la pince à griffes et on incise circulairement cette conjonctive sur tout le pourtour de la cornée; on continue à détacher le tissu cellulaire sous-conjonctival pour bien mettre à nu le tendon du droit externe.

Deuxième temps. — Prenant alors le crochet à strabisme, l'opérateur le pose au-dessous du tendon qu'il soulève; alors il est facile de sectionner le tendon à un demi-centimètre de l'insertion cornéenne.

Les autres tendons sont successivement soulevés puis sectionnés au ras de la cornée.

Troisième temps. — Grâce au tendon du droit externe qu'on saisit solidement près de son insertion au globe de l'œil, il est facile d'attirer celui-ci en dedans. En provoquant la rotation interne de l'œil, on peut glisser sur sa demi-circonférence externe une paire de ciseaux courbes pour sectionner le nerf optique à son entrée dans la sclérotique.

Quatrième temps. — Il ne s'agit plus que de libérer complètement le globe de l'œil et d'achever par la section des muscles obliques son ablation totale, ce qui a lieu très facilement dans la majorité des cas. Dans les cas d'atrophie très prononcée du globe ou de panophtalmie, il peut être utile de passer un double fil à travers cet organe pour en faciliter l'ablation.

Cinquième temps. — L'hémorrhagie est ordinairement facilement arrêtée par la compression avec des tampons de ouate; quelques chirurgiens pratiquent à ce moment la suture exacte des lèvres de la plaie conjonctivale à la soie ou au catgut, mais j'avoue que cette suture peut être omise dans bien des cas.

C. Pansement. — Reste alors à placer dans l'orbite un tampon de gaze salolée ou iodoformée et à recouvrir les paupières d'un pansement sec peu serré.

Le premier pansement reste en place vingt-quatre ou quarante-huit heures, et aussitôt on commence les soins consécutifs, c'est-à-dire les lavages boriqués tièdes. Dès le cinquième ou sixième jour on peut cesser le pansement et on ne fait que les lavages, mais très régulièrement trois ou quatre fois par jour.

Les soins consécutifs sont minutieux, car de l'antisepsie de cette plaie va dépendre la rapidité de la cicatrisation.

Je n'entre pas dans les détails des soins relatifs à l'œil artificiel qu'on peut commencer à placer dès le quinzième ou vingtième jour, d'abord quelques heures par jour.

Il suffit de faire comprendre au malade l'importance de ces précautions pour lui éviter les plus grands ennuis relatifs au port de l'œil. Si la cavité est bien maintenue dans une entière propreté, la pièce artificielle, conservée elle aussi avec les précautions antiseptiques, sera très facilement tolérée pendant toute la journée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mai. — Présidence de M. Delens.

M. Routier remet au nom de **M. Juillier** (médecin militaire), une observation de paralysie du nerf radial consécutive à une cicatrice vicieuse. M. Routier est nommé rapporteur.

Traitement des péritonites purulentes.

(Suite de la discussion.)

M. Peyrot. — Je ne veux pas argumenter aujourd'hui sur la nature des péritonites purulentes dont nous a parlé M. Routier. Mais un fait me paraît acquis, à savoir que les suppurations péritonéales les plus diverses peuvent guérir par simple incision de la cavité abdominale, ou bien par ouverture spontanée. Ce sont, d'ailleurs, là des connaissances déjà anciennes et la péritonite des enfants, étudiée par M. Baudron, a fourni autrefois un certain nombre de preuves à l'appui de ce que je viens de dire. Il y a certainement dans l'existence des nombreuses fausses membranes qui forment comme une nappe continue sur le péritoine une cause de protection de l'organisme. De plus, la moindre virulence de certains agents microbiens exerce également une action protec-

trice indéniable. On conçoit donc, que certaines péritonites suppurées généralisées puissent être suivies de guérison, contrairement aux affirmations de M. Reynier. Voici deux nouveaux faits qui paraissent le prouver.

J'ai été appelé, le 26 novembre 1895, auprès d'un jeune homme de 19 ans, vigoureux, qui avait été pris le 20 novembre de troubles digestifs vagues. Ces troubles avaient persisté pendant quatre jours sans plus de précision, lorsque le dimanche suivant (c'est le mercredi que les premiers phénomènes s'étaient montrés) il y eut soudain des symptômes douloureux violents du côté de l'abdomen, accompagnés de ballonnement et de vomissements verdâtres. J'ai vu ce malade le mardi; j'ai soupçonné de suite une péritonite généralisée par perforation de l'appendice iléo-cæcal. Le malade avait le facies caractéristique, il était dans un état d'adynamie des plus marqués. Je décidai de l'opérer de suite. Une heure plus tard je faisais l'opération que voici : dans la fosse iliaque droite incision classique pour la ligature de l'iliaque primitive. La cavité péritonéale était remplie par un pus séreux, fétide. J'explorai aussitôt la région de l'appendice. L'appendice était perforé et j'en fis la résection. Puis, dans la fosse iliaque gauche, même incision. Enfin, lavage de la cavité abdominale avec de l'eau bouillie chaude. Je m'efforce de faire pénétrer le liquide de l'injection dans tous les coins et recoins du péritoine, en *brassant* la masse intestinale. Finalement je mets dans chacune de mes incisions deux gros drains, dont l'un dirigé en haut vers la région lombaire et l'autre en bas vers la fosse iliaque. Chacun de ces drains est entouré avec de la gaze iodoformée. Un pansement sec est appliqué sans réunion des plaies.

Les suites de cette opération n'ont pas été tout d'abord très rassurantes. La température s'est élevée au-delà de 39° (elle était d'abord de 38°); il y a eu du délire, de la dyspnée, des vomissements. Le malade ne pouvait supporter que la glace et on lui faisait des injections de caféine, des injections de sérum artificiel. J'avais également prescrit de grands lavements, matin et soir, tout cela dans le but de provoquer chez lui une diurèse abondante.

Le second jour après l'opération, les drains ont été enlevés, nettoyés et remis dans la cavité abdominale. Fait curieux, j'ai constaté à ce moment-là que, du côté droit, le cæcum avait fait hernie à travers l'incision iliaque et que, du côté gauche, quelques anses grêles faisaient également hernie.

Le cinquième jour il s'était produit une amélioration notable. Les urines étaient claires et abondantes, la dyspnée moins intense, la température moins élevée. Les drains ne donnaient plus issue qu'à un écoulement noirâtre. Après une semaine enfin, l'amélioration se manifestait mieux encore, je pouvais enlever les drains, réduire les intestins herniés par compression et réunir secondairement les deux incisions iliaques avec des crins de Florence. Le malade a complètement guéri mais lentement, après être passé par une phase d'amaigrissement extrême. Aujourd'hui, il ne présente aucune menace d'éventration.

Mon second cas est celui d'un homme de 33 ans qui a été pris le 9 janvier 1896 de douleurs abdominales que l'on mit d'abord sur le compte de coliques hépatiques. Je le vois le 14 janvier. Je soupçonne encore une péritonite généralisée par perforation de l'appendice et je l'opère le lendemain matin 15 janvier de la même manière que le précédent, mais sans faire de lavage de la cavité suppurée. Les suites opératoires immédiates ont été, cette fois-ci, meilleures, sans hernie de l'intestin et avec cicatrisation plus rapide et même spontanée des deux plaies.

Je me crois en droit de conclure, d'après ces deux faits, qu'il existe des péritonites suppurées généralisées susceptibles de guérir par une intervention appropriée. Cela n'est évidemment pas une règle. Mais si l'on a soin d'opérer à temps, si l'on a fait surtout un diagnostic précoce, on pourra espérer guérir certaines de ces péritonites. Et le diagnostic de ces péritonites est rarement un diagnostic faux. Presque toujours, quand on est en mesure de soupçonner la péritonite généralisée, cette péritonite existe. Il faut donc, à mon avis, l'opérer le plus tôt possible.

J'insiste sur la façon d'opérer que j'ai utilisée dans ces deux cas par double incision iliaque. Elle me paraît préférable à la laparotomie médiane. Elle permet des lavages plus complets de la cavité abdominale. Les doubles drains mis dans chacune des incisions iliaques me semblent aussi présenter de très grands avantages au point de vue de l'évacuation du pus. J'appelle enfin votre attention sur le fait curieux de la hernie de l'intestin présentée par mon premier malade. Ces hernies auraient eu un effet heureux selon moi, en facilitant l'évacuation du pus. C'est d'ailleurs pour ce motif que je me suis bien gardé de réintégrer de suite l'intestin dans la cavité abdominale. Je me félicite encore d'avoir eu le soin d'entretenir la fonction rénale chez mes deux malades avec de la caféine, du sérum artificiel et de grands lavements. Toutes ces précautions ont paru faciliter singulièrement la résistance des malades.

M. Lucas-Championnière. — Je possède une observation à peu près identique à celle de M. Malapert qui a été le point de départ de cette discussion. Il s'agit d'une fillette de 9 ans ayant reçu, en jouant, un coup de pied sur l'abdomen. Elle fut prise immédiatement de douleurs de ventre telles que l'on dut la ramener chez elle. Le lendemain de l'accident, la température était élevée, le ventre ballonné, il y avait quelques vomissements. Bref, j'ai pensé à une péritonite généralisée à marche rapide. Mais les jours suivants, la malade se cachectisait. J'ai fait une ponction exploratrice qui a ramené du pus et j'ai fait alors une ouverture large qui a donné issue à une certaine quantité de pus.

Ici le pus venait bien de la grande cavité péritonéale. J'avais incisé dans la région de l'ombilic, j'injectai dans le péritoine de la solution de chlorure de zinc. Je drainai avec de gros drains, ce qui est sans nul doute préférable au drainage à la gaze iodoformée. Je n'ai pas fait de grands lavages de la cavité au cours de l'opération, mais j'ai fait des injections journalières. Au résumé, ce fait est absolument superposable à celui de M. Malapert sauf que le petit bassin ne présentait ici aucune trace de pus.

Quelle a été la cause de cette péritonite suppurée? Je pense qu'il y a eu plaie contuse de la paroi abdominale et de l'intestin, et que le péritoine s'est infecté consécutivement à cette plaie contuse. On a semblé dire, au sujet de l'observation de M. Malapert, qu'il pouvait bien s'agir en pareil cas de tuberculose péritonéale. Tel n'est pas mon avis, ma malade ne présentait aucun antécédent héréditaire ni personnel de tuberculose. Elle est aujourd'hui âgée de 16 ans et se porte à merveille.

Je trouve que l'on a trop insisté sur la limite qu'il convient d'établir entre la péritonite généralisée et la péritonite localisée. Comment, en réalité, peut-on dire où commence l'une et où finit l'autre? La première est-elle celle qui ne guérit pas, la seconde, au contraire, celle qui guérit? En opérant, cette détermination est également impossible, l'œil ni le doigt ne peuvent aller partout. Je ne vois pas sur quel critérium on peut baser cette distinction et pareil jugement me paraît téméraire.

Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il y a des péritoines bien disposés et très résistants et d'autres qui ne le sont pas. Dans certains cas où la péritonite paraît limitée, les sujets meurent rapidement. Dans d'autres cas où la péritonite paraît très étendue, les sujets résistent et peuvent être guéris par une intervention hâtive.

Dans l'observation que je vous ai rapportée, il n'a pas été fait d'examen bactériologique du pus.

Je crois donc, en définitive, qu'il faut évacuer largement la péritonite suppurée avec des drains entourés de gaze, et que ces cas de péritonite guéris ne relèvent pas de la tuberculose, mais quand on fait de savoir si ces péritonites suppurées sont généralisées ou localisées, je ne vois pas l'importance qu'il présente et je ne comprends pas comment on peut l'affirmer.

M. Reynier, — Je suis heureux de voir la discussion soulevée par l'observation de M. Malapert. Elle me permettra d'exposer certaines idées personnelles sur la chirurgie abdominale qui me paraissent n'avoir pas été comprises par mes collègues et que je désire vous expliquer:

Tout d'abord, je n'ai jamais nié la possibilité de la guérison spontanée, ou après intervention, dans certains cas de péritonites généralisées. En chirurgie tout arrive; je veux bien croire que mes collègues ont guéri des péritonites sûrement généralisées, et ce serait folie que de croire le contraire.

Mais je discute sur la plus ou moins grande fréquence de ces prétendues péritonites généralisées, je demande des observations plus complètes et qui soient mieux prises. D'ailleurs mon scepticisme n'est-il pas justifié par la difficulté que présente le diagnostic de la péritonite généralisée? Vous n'arrivez guère à porter un diagnostic sûr que deux ou trois heures avant la mort. Et encore: Je ne vois pas sur quels signes on se base pour porter ce diagnostic. M. Quénu avait raison de dire l'autre jour qu'il n'y avait pas de signes pathognomoniques de la péritonite généralisée. Il n'y a que des signes de probabilité et non de certitude. Je pourrais vous citer le cas de malades qui présentaient tous les symptômes que vous attribuez à la péritonite généralisée et qui ont cependant guéri en localisant ultérieurement leur péritonite. En intervenant de suite, chez ces malades, vous auriez affirmé le diagnostic de péritonite généralisée. En intervenant au bout de quelques jours, vous auriez dit comme moi, abcès péritonéal. Je vous rappellerai le cas de cet homme que j'ai vu le troisième jour après le début d'accidents péritonitiques. Il était alors dans un piteux état. J'avais même refusé de l'opérer. J'appliquai de la glace sur le ventre, je donnai de la caféine (nous reparlerons plus loin des bienfaits de la caféine en pareil cas) je fis des injections de sérum. Quelques jours après, le ventre s'affaissait et l'on voyait la tuméfaction péritonéale se localiser à droite où l'incision, faite le huitième jour après le début des accidents, retira du pus et des matières fécales. Ici, donc, j'aurais été en droit de dire au début, péritonite généralisée, tandis que j'ai dit plus tard, péritonite localisée.

Autre fait : Une femme entre dans mon service avec, encore, le tableau habituellement admis de la péritonite généralisée. Le chirurgien de garde appelé ne trouvant aucune cause à cette péritonite, ni dans le petit bassin ni dans la région cœcale, ni dans l'estomac, remet l'opération au lendemain. Le lendemain matin j'opère cette malade, elle avait le pouls petit, le ventre très ballonné. J'incise dans la fosse iliaque droite, je retire du pus, j'examine l'appendice et je le trouve sain. Alors, sur la ligne médiane sous-ombilicale, nouvelle incision, exploration du petit bassin où je découvre une trompe suppurée qui s'était rompue. La trompe est enlevée, grands lavages de la cavité péritonéale, drainage, et la malade guérit.

Troisième fait : Encore une femme qu'on apporte à l'hôpital avec le tableau de la péritonite généralisée dont la cause était attribuée à une hématocèle. Je donne des injections de caféine, je fais des applications de glace sur le ventre, et, après quelques jours, je vois la localisation se faire dans le petit bassin et j'ouvre l'abcès par le cul-de-sac postérieur.

Ces faits sont connus de nous tous. Ceux que vient de nous rapporter M. Peyrot ne sont-ils pas à peu près semblables? N'en est-il pas de même pour les faits de M. Gérard-Marchant? Je crois donc, que si les seuls symptômes

ne suffisent pas pour faire le diagnostic de péritonite généralisée, il n'est pas plns permis de faire ce diagnostic après l'ouverture du ventre. La sérosité qne l'on trouve alors dans la cavité péritonéale n'a aucune signification réelle. Cette sérosité peut n'être placée qu'en avant de la masse intestinale.

M. Routier nous a dit qne dans un cas, il avait fait le diagnostic de péritonite généralisée parce qu'il avait pu aller avec la main jusqu'au foie et *brasser* les intestins. Mais comment par une petite incision a-t-il pu mettre la main partout? Savait-il si le péritoine de toutes les autres régions était atteint? M. Peyrot n'a pu le savoir davantage. Admettons qu'il ait eu raison de dire, péritonite généralisée dans son premier cas, mais quant au second cas, à coup sûr non.

Si je discute ces faits avec tant d'insistance, ce n'est pas, croyez le bien, pour diminuer la gloire de mes collègues qui disent avoir guéri des péritonites généralisées, mais c'est uniquement pour savoir qu'elle est la meilleure conduite à tenir devant la suppuration péritonéale et particulièrement quand il faut intervenir.

A ce point de vue, je serais heureux de voir des statistiques complètes où seraient exactement consignés tons les insuccès, comme les succès. Cette statistique aurait le grand avantage de nous montrer, peut-être, le pourquoi des guérisons et le pourquoi des morts, pourquoi certains péritoines sont-ils complaisants, pourquoi d'autres ne le sont-ils pas. Le côté bactériologique de la question devrait y être étudié avec non moins de soins. La bactériologie nous donnera seule la clef de la gravité de certaines péritonites.

MM. Peyrot et Gérard Marchand paraissent avoir en affaire à des péritoines très tolérants. On sait en effet, que dans nombre d'observations de péritonites, ou le *brassage* de l'intestin enflammé et purulent a été fait, il y a en mort au cours de l'opération ou quelques instants après. Ces malades sont tombés sous l'influence du *schock*. Tout le monde sait que lorsqu'on malaxe un intestin enflammé, on fait courir de très grands risques au cœur. La physiologie a depuis longtemps expliqué ces phénomènes. Claude Bernard a démontré que la contusion de l'intestin pouvait produire l'arrêt du cœur. Moi-même j'ai reproduit ces expériences avec M. Charles Richet. Toutes les fois donc que nous touchons l'intestin, nous pouvons produire des réflexes cardiaques. Et voici alors une première notion que j'expose :

Quand le péritoine est atteint de suppuration, le malade meurt soit par le cœur, soit du fait de son infection. S'il doit mourir par le cœur, il meurt rapidement, le premier, le deuxième ou le troisième jour. Il meurt plus tard par l'infection. Il y a des malades atteints de péritonite dont le cœur est affaibli, peu résistant pour des motifs que nons connaissons on non. Ce sont ces malades qui succombent par le cœur. D'autres, au contraire, résistent plus longtemps devant l'infection péritonéale, et leur péritoine a le temps de se prémunir et de localiser la suppuration dont il est atteint.

Mais alors la thérapeutique vient à l'appui de cette première notion. Quand nous donnons de la caféine et mieux du strophantus, quand nons faisons en même temps des injections sous-cutanées ou intra-veinenses de sérum, nous relevons l'action du cœur, nous soutenons le malade et il arrive à localiser au bont de 7 on 8 jours sa suppuration intra-péritonéale. Car, il est avéré que le péritoine, surtout dans certaines régions (bassin, estomac, foie, fosse iliaque), a plutôt tendance à faire de la localisation que de la généralisation de l'infection. Donc, pour que le péritoine ait le temps de se défendre, il faut un cœur qui résiste.

Il y a une troisième notion snr laquelle j'insiste, c'est la notion bactériologique. Je crois qu'il y a de très grandes différences suivant tel on tel microbe. Nous devrions poursuivre nos études sur ce point de la question et j'en profite pour dire combien il est regrettable que nous soyons si mal servis dans les hôpitaux pour faire ces études de bactériologie. Les laboratoires manqnent. Voyez, par l'exemple suivant, l'importance de la notion bactériologique :

Une femme, à la suite d'un accouchement, est prise de frissons violents, douleurs péritonéales, vomissements, ballonnement du ventre, etc., etc. Le diagnostic de péritonite généralisée pouvait donc ici être porté. J'opère; je trouve les intestins rouges comme érysipilateux, j'enlève les trompes qui suppurent. Cette malade meurt dans les 48 heures. L'examen bactériologique a révélé l'existence d'une culture pure de streptocoque. Il s'agissait donc ici d'un véritable érysipèle du péritoine et mon intervention n'avait pas été meilleure que ne l'eût été une incision faite sur une plaque d'érysipèle cutané. Donc la nature microbienne des péritonites importe grandement, il faut multiplier les examens. M. Moucd a eu raison d'insister déjà snr ces faits. C'est dans ces cas qne je vondrais voir des observations bien prises avec examen du pus, examen qui a manqué dans la plupart des faits que l'on nous a rapportés.

Si donc, encore une fois, je discute ces faits, c'est parce que je crois que la localisation de la péritonite finit par avoir lieu, dans un organisme résistant et que j'attends cette localisation pour opérer en soutenant le cœur avec soin. M. Peyrot n'a-t-il pas opéré ainsi 5 et 6 jours après le début des accidents, alors que la localisation devait s'être produite. Une conclusion s'imposerait donc d'après cette discussion sur le fait de savoir s'il faut être dans ces péritonites suppurées un interventionniste hâtif on tardif.

Je crois, enfin, pour me résumer, que quand on parle de suppuration généralisée au péritoine on a plutôt affaire à une péritonite ayant tendance à généraliser, mais qui ne l'est nullement.

Luxations du scaphoïde.

M. Quénu (1). — Le malade que nous a présenté l'autre jour M. Berger me rappelle un fait observé autrefois en 1887 à l'hôpital Beaujon. C'était un homme âgé de 45 ans. Son accident datait de six semaines. La luxation s'était produite dans les conditions suivantes bien expliquées par le malade : Une caisse tombe sur le pied reposant à plat sur le sol et fixé dans cette position. Le malade tombe et le genou correspondant est violemment écarté en dehors ; alors, craquement ressenti au niveau du pied. Pas de réduction immédiate.

Quand je vois le malade, il a le pied gauche gonflé reposant à plat, les malléoles sont intactes et les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont complets. Le bord interne du pied représente une saillie qui est celle du scaphoïde énucléé. J'enlève cet os, mais après cette ablation, on ne peut réduire le déplacement de l'astragale sur le calcanéum. Dans la suite le malade a marché d'une façon satisfaisante.

Il me semble que l'on pourrait appeler ce déplacement du scaphoïde : luxation sous-scaphoïdienne incomplète en dedans. Il y avait comme une véritable luxation sous-astragalienne en dedans, mais au lieu d'abandonner le scaphoïde, l'astragale l'avait entraîné avec elle.

Ces déplacements se produisent généralement dans certaines conditions. Il y a eu, chez mon malade, fixation de l'avant-pied et rotation du genou en dehors.

J'ai tenté de reproduire cette luxation chez le cadavre. Mes expériences ont été faites avec MM. Longuet, Manson et Cange.

Nous avons d'abord fixé fortement l'arrière pied, ce qui revient en somme à la fixation de la totalité du pied. Dans ces conditions, si l'on fait l'abduction forcée du genou, il se produit des lésions de l'articulation tibio-tarsienne ou des malléoles. Quand, au contraire, nous avons porté la fixation sur l'avant-pied et le métatarse, nous avons obtenu des déplacements des cunéiformes, des fractures du scaphoïde et des luxations sous-astragaliennes.

J'en conclus donc que dans la détermination du siège des lésions traumatiques du pied tout dépend du segment du pied sur lequel porte la résistance, et des mouvements anormaux qui se produisent.

Je ne suis pas arrivé dans mes expériences à reproduire la luxation du scaphoïde.

Présentation de malades.

M. Motais (d'Angers) présente une malade opérée de ptosis par un procédé particulier basé sur le synchronisme de mouvements de la paupière supérieure et du globe oculaire. On sait que le droit supérieur et le releveur de la paupière supérieure ont des mouvements absolument synchrones. M. Motais a donc eu l'idée de détacher une languette du tendon du droit supérieur et de venir la fixer à la base du cartilage tarse. Le résultat a été immédiat et il est à noter que, actuellement, le globe oculaire et la paupière supérieure se meuvent simultanément; la paupière s'abaisse en même temps que le globe oculaire est porté en bas. Elle s'élève de même avec lui. La fente palpébrale chez cette malade n'a pas une ouverture suffisamment grande, parce que son ptosis se compliquait d'un blépharo-phimosis qu'il a fallu traiter auparavant.

M. Kirmisson présente deux petits malades, l'un pour tuberculose du genou qui a été traité et guéri par tunnellisation de la jointure, l'autre pour ostéomyélite ayant déformé le membre inférieur à tel point que pour rétablir la fonction de la marche, l'auteur a dû faire deux opérations successives : Redresser le genou et pratiquer ultérieurement une tarsectomie postérieure totale.

M. Guinard présente un malade amené à Lariboisière avec une plaie de l'abdomen par coup de couteau. M. Sebileau, appelé pendant la nuit, propose une intervention immédiate que le malade refuse. Le lendemain matin je trouve les trois symptômes suivants : absence de matité préhépatique, ballonnement du ventre et accélération du pouls. Je fais la laparotomie; dans le péritoine, du sang, des gaz ; le colon transverse est rompu, l'épiploon saigne et une artère donne des jets de sang au voisinage de la rupture du colon.

M. Schwartz est nommé rapporteur de cette observation.

M. Quénu montre deux photographies, par rayons X, qui prouvent quelle peut être l'utilité de la radiographie d'une part, pour faire le diagnostic des luxations du coude au milieu d'un gonflement considérable, et quand ce diagnostic est difficile, et qui prouvent encore l'utilité de la radiographie, ultérieurement, quand, malgré la réduction, les malades continuent à souffrir ce qui éveille dans l'esprit du chirurgien l'idée d'une réduction incomplète.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

De l'exclusion demi-latérale de l'intestin dans le traitement des fistules fécales.

M. Kammerer (*Med. Record*, New-York, 20 février 1897 et *Rev. de Thérap. méd. chir.*, n° 9, p. 305, 1897) fait connaître un procédé qu'il pense avoir été seul à

(1) L'intéressante et originale communication de M. Quénu sera publiée in-extenso dans notre prochain numéro.

employer jusqu'ici pour les fistules fécales de la région du cæcum. C'est celui qui consiste à exclure du trajet intestinal l'anse iléo-cæcale, en sectionnant son extrémité inférieure et laissant la supérieure en communication avec le reste de l'intestin, sur lequel on vient faire l'abouchement *par implantation* du bout supérieur de l'iléon sectionné. Par ce moyen, qui est pour lui l'*exclusion unilatérale*, peu de sutures à effectuer, on évite la résection et l'on peut compter sur l'atrophie de l'anse exclue, avec guérison de la fistule qu'elle porte. Les matières intestinales ne s'accumulent pas, comme on l'a craint, dans le cul-de-sac cœcal, car elles remontent par les mouvements péristaltiques. Le lieu d'élection de l'implantation de l'iléon sur le gros intestin est le milieu du côlon transverse. En le choisissant, on conserve la plus longue partie possible du trajet nécessaire au tassement des matières et on prévient l'évacuation à l'état liquide, qui est la conséquence d'un abouchement dans un point situé plus bas. Ce chirurgien déclare que le bouton de Murphy est merveilleux pour réaliser rapidement cette implantation latérale. Que si la fistule persiste cependant. on en a vu des exemples, il faut alors intervenir de nouveau, mais la résection ne sera pas indispensable et l'on se contentera, dans ces cas rebelles, de séparer le côlon transverse en deçà de l'implantation latérale, c'est-à-dire de faire de l'exclusion unilatérale, *une exclusion bilatérale ou totale.*

Une remarque : tandis que M. Heydenreich, dans un récent travail (*Sem. méd.*, 10 fév. 1897), appelle exclusion totale, la séparation d'une anse, sans résection et sans laisser persister de fistule à l'extérieur, et exclusion partielle, l'exclusion avec abouchement de l'anse exclue à la paroi abdominale, il nous paraît plus logique d'adopter les termes dont se sert le chirurgien américain, auteur du travail dont il s'agit : selon lui, l'exclusion est toujours *totale* ou *bilatérale* lorsqu'une partie de l'intestin est séparée du reste, quel que soit le traitement que l'on fait subir à cette anse. Elle est au contraire *partielle* ou *unilatérale*, lorsque l'anse, sectionnée à l'un de ses bouts seulement, demeure en communication avec le reste de l'intestin.

Traitement chirurgical du cancer du rectum.

Karl Yunke (*Zeitschrift f. Heilkunde* 1897, vol. XVIII, n° 1, p. 1, et *Presse méd.*, n° 35, p. 195, 1897), ce travail émane de la clinique, 10 Gussenbauer, à Prague. On y trouve mentionnées 260 observations de cancer du rectum dont 156 se rapportent à des malades qui ont subi l'intervention chirurgicale.

Ces 156 cas peuvent se répartir de la manière suivante : 6 de ces opérés étaient atteints d'épithélioma survenu sur de vieilles hémorrhoïdes : il y a eu 5 guérisons et une mort ; 10 autres sujets avaient des cancers colloïdes : on a enregistré 7 guérisons et 3 morts ; 36 malades présentaient des carcinomes annulaires haut placés : 21 guérisons et 15 morts ; parmi ces 36 opérés, 7 offraient des lésions de l'S iliaque : ils ont tous succombé : enfin, 93 derniers malades étaient atteints d'adéno-carcinome : 79 guérisons et 14 morts.

En ce qui concerne les indications opératoires, l'auteur estime que l'existence d'un ralentissement ganglionaire et d'adhérences avec les organes voisins ne doit pas arrêter le chirurgien ; à son avis, les deux seules contre-indications vraiment sérieuses sont : la présence de métastases viscérales et le mauvais état général du malade qu'on se propose d'opérer.

Gussenbauer pratique toujours l'extirpation totale du rectum, ce qui lui permet d'enlever en même temps les ganglions et les voies lymphatiques intéressées ; une seule fois, il a eu l'occasion de se borner à la simple excision du néoplasme : il s'agissait d'un cancer annulaire haut placé, et sans adénopathie concomitante. Le plus ordinairement il a recours à l'incision verticale postérieure avec résection du coccyx ; mais, toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un néoplasme élevé, il n'hésite pas à pratiquer la résection temporaire du sacrum.

La mortalité de cette statistique est de 24 0/0, et, en terminant, Funke affirme que, chez 7 opérés, la guérison s'est maintenue sans la moindre récidive pendant un laps de temps qui a varié entre trois et huit ans.

CHIRURGIE DES OS

Régénération osseuse.

M. Ollier (*Lyon méd.*, n° 18, p. 16, 1897) a fait à la Société nationale de Médecine de Lyon, une communication sur la régénération de grandes longueurs d'os étudiée à l'aide de radiographies. M. Ollier a publié jadis l'observation de deux jeunes filles chez lesquelles il avait enlevé presque tout le tibia et l'astragale. Ces malades ont conservé des membres tellement utiles que l'une marche aujourd'hui sans appareil et que l'autre peut danser une partie de la nuit. Sur la radiographie de l'une d'elle, on voit le tibia reconstitué dans ses quatre cinquièmes inférieurs, ainsi que l'épiphyse inférieure. Il reste un petit vide, une partie claire, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur qui indique la place d'un séquestre qui a détruit la régénération périostique. M. Ollier avait enlevé vingt-cinq centimètres du tibia ; les malléoles se sont reproduites.

M. Ollier montre diverses radiographies se rapportant à des malades chez lesquels il a pratiqué une désarticulation tibio-tarsienne avec lambeau talonnier périosté. Chez une femme à qui il a pratiqué cette opération en 1881, on voit un calcanéum nouveau. Cette femme porte un simple soulier, peut faire vingt kilomètres sans fatigue. Elle a récupéré ainsi deux à trois centimètres que devrait entraîner la suppression du pied.

De l'ostéomyélite des nourrissons.

M. Pwoboda (de Vienne), montre que l'ostéomyélite des nourrissons présente des différences notables avec celle qui se montre aux stades ultérieurs de la vie.

Il croit que la maladie est souvent méconnue parce que les nourrissons atteints d'ostéomyélite succombent aux premiers accès graves de fièvre, sans que la maladie ait eu le temps de dérouler toute sa série de symptômes.

Au point de vue clinique l'ostéomyélite des nourrissons est caractérisée : 1° Par la multiplicité des foyers osseux : 2° La fréquence du détachement des épiphyses; 3° La fréquence des arthrites; 4° La marche aiguë, aboutissant d'ordinaire à la mort. Ces caractères sont d'autant plus accentués que l'enfant est plus jeune. Dans les cas où le petit malade a pu résister, on voit souvent les lésions les plus graves se réparer grâce à la vitalité prodigieuse du système osseux à cet âge.

Le diagnostic doit se faire avec la syphilis et la tuberculose. Entre la syphilis et l'ostéomyélite il est quelquefois impossible de se prononcer, quand il n'y a pas en dehors des signes que nous venons d'énumérer, des stigmates spécifiques.

De même, la tuberculose osseuse prend souvent les allures de l'ostéomyélite, mais contrairement à ce qui se passe pour cette dernière affection, les foyers tuberculeux tendent à guérir dès qu'ils sont ouverts et pansés antiseptiquement.

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Cure radicale des hernies.

M. Laurent (de Bruxelles) donne dans le *Scalpel* (n° 44, p, 291, 1897) le résumé de la kélotomie employée comme cure radicale des hernies. Auparavant, voici résumées, par lui, les indications et contre-indications à cette opération :

Indications. — 1° Hernies coercibles et réductibles, mais douloureuses sous le bandage; 2° Irréductibilité et incoercibilité non dépendantes d'un excès de volume; 3° Engouement de grosses hernies pouvant causer l'étranglement et certaines maladies : toux, rétention d'urine, constipation, prédisposant au même accident; 4° Hernies étranglées : la cure radicale n'est possible que si l'intestin est sain; elle est effectuée au moment de la réduction, ou si l'état du malade laisse à désirer, dans une séance ultérieure; 5° Hernies congénitales : très favorables par l'étroitesse des orifices herniaires et la musculature de la paroi abdominale; 6° Complication d'ectopie testiculaire : l'enfant est dispensé du bandage et opéré vers l'âge de 5 ans; 7° Conditions sociales ; ouvriers rendus plus ou moins impotents, amateurs de sports, enfants dépourvus de soins nécessaires, etc.

Contre-indications. — 1° Age : il vaut mieux ne pas opérer au-dessous de 5 ans, parce que le pansement est facilement souillé et que les antiseptiques sont assez mal supportés; cependant Félizet et d'autres opèrent à 2 ans. Les vieillards de 70 ans peuvent souffrir de complications pulmonaires; 2° Etat local : multiplicité des hernies, volume excessif, orifice énorme, mollesse de la paroi abdominale et éventration; 3° Etat général : tuberculose, bronchite chronique, affections cardiaques, albuminurie, cachexie. En résumé, il faut s'abstenir d'opérer les cas anciens de hernies volumineuses et plus ou moins adhérentes, surtout chez les tousseurs âgés, sous peine de voir survenir des troubles respiratoires, la péritonite et le schock (Chaput).

CHIRURGIE DE LA FACE

De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites.

M. Rollet (*Lyon méd.*, n° 18, p. 3, 1897) propose la technique opératoire suivante qu'il a adoptée :

« Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané sur une ligne ne dépassant pas 12 millimètres, qui partira du milieu du bord inférieur du ligament palpébral interne, descendra d'abord perpendiculairement et se dirigera vers le côté externe en décrivant une courbe sensiblement parallèle à celle que forme la crête de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, et que l'on sent facilement avec le doigt;

Incision de la lame aponévrotique qui recouvre la portion antéro-externe du sac;

Dissection minutieuse et parfois délicate de cette lame fibreuse, qui rend la paroi antérieure libre; un aide écartant les lèvres de la plaie avec deux crochets mousses ou deux épingles à cheveux recourbées en crochets;

Dégagement de la portion postéro-interne en rapport avec le périoste de la gouttière lacrymale et dégagement de la paroi externe, parfois difficile au niveau de l'unguis, à l'aide d'une petite rugine concave; dégagement de la coupole, accompagné ou non de la section du tendon de l'orbiculaire, en tirant et faisant basculer le sac en bas;

Excision brusque et rapide du sac, au niveau du canal nasal, afin d'inoculer le moins possible la plaie opératoire;

Suture avec ou sans drainage.

On s'efforcera :

De suivre la ligne d'incision donnée pour ne pas léser l'artère et la veine angulaire;

De se tenir dans le voisinage immédiat du sac quand on disséquera la paroi externe, et ne pas aller trop loin vers le globe de l'œil pour ne pas pénétrer, à travers le septum, dans le tissu cellulo-graisseux de l'orbite.

On pratiquera autant que possible la dissection méthodique. L'extirpation par morcellement devra n'être pratiquée qu'au pis aller. »

Tumeur de la cloison des fosses nasales.

M. Gaudres (*Bull. de la Soc. centr. de Méd. du Nord*, n° 4, p. 124, 1897) publie une observation de tumeur de la cloison des fosses nasales, particulièrement intéressante, au point de vue de la difficulté du diagnostic anatomo-pathologique. Il termine ainsi :

« En résumé, cliniquement et très vraisemblablement il s'agit là d'une tumeur tuberculeuse, que l'anatomie pathologique et la bactériologie ne peuvent cependant classer comme telle scientifiquement. Ceci montre la *difficulté* qui s'attache au *diagnostic* de certaines productions tuberculeuses, et l'intérêt qu'il y a à essayer d'en dépister la nature vraie. Ceci démontre aussi, que sur une seule coupe on ne peut dire la nature d'une tumeur, et que seule, une série entière, peut permettre de faire ou de ne pas faire un diagnostic.

Ce fait démontre également l'importance de l'*inoculation* qui *seule* dans un cas pareil, permettrait de juger de la nature *tuberculeuse* de l'affection.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Des fibrômes pendant la grossesse et pendant l'accouchement.

M. Keiffer (de Bruxelles), dans son rapport sur cette question à la Société obstétricale de France, pense que cette question peut se résumer dans les trois points suivants :

a) Quelle est l'évolution de la grossesse et de l'accouchement lorqu'il existe des tumeurs fibreuses de l'utérus ? La grossesse et l'accouchement peuvent évoluer normalement grâce au ramollissement dont les fibrômes sont le siège. Mais les fibrômes peuvent encore entraîner de graves accidents tels que le décollement de l'œuf, l'hémorrhagie, les présentations vicieuses.

b) Quels sont les principes qui doivent régler la conduite du chirurgien ?

A moins de circonstances spéciales, et qui d'avance font pronostiquer l'impossibilité de la gestation ou de l'accouchement, l'expectation armée semble être la règle de conduite à conseiller.

c) Quelles sont les indications opératoires ?

Le curettage est indiqué dans tous les cas de rétention placentaire causés par l'avortement au cours d'une grossesse avec fibrôme.

L'accouchement prématuré est indiqué pour les grossesses avec fibrôme, comme il est indiqué dans les cas de bassins viciés.

Le forceps et la version prodalique ont aussi parfois leurs indications.

Il est des cas où l'extirpation d'un fibrôme nettement sous-péritonéal peut être faite sans danger.

Enfin, l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes, pratiquée sous forme d'amputation utéro-ovarique de Porro ou suivant des procédés plus radicaux, par les voies abdomino-vaginales ou inversement, sont nettement indiquées : 1° Lorsque les tumeurs fibreuses sont déjà dignes de cette extirpation indépendamment de toute complication de grossesse ; 2° Lorsque la grossesse s'étant produite et arrêtée, les tumeurs occupent une situation qui rend tout accouchement impossible ; 3° Lorsqu'il y a de sérieuses présomptions de dégénérescence des tumeurs fibreuses ou de suppuration et d'infection consécutives à une rétention placentaire ; 4° enfin, après l'opération césarienne limitée par des tumeurs fibreuses.

(*Rev. prat. des Trav. de Méd.*, n° 18, p. 137, 1897.)

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Compresses au bicarbonate de soude dans les suppurations.

Gueorguiyewsky recommande des compresses trempées dans une solution de bicarbonate de soude à 2/100 dans les suppurations cutanées. Mais, pour que le résultat obtenu soit satisfaisant, il est indispensable que la solution bicarbonatée vienne directement en contact avec les tissus enflammés. Il en résulte donc que les compresses ne seront appliquées que lorsque le foyer suppuré sera ouvert et le plus exprimé doucement, mais aussi complètement que possible. L'action de ces compresses dans le phlegmon localisé ou diffus est tout à fait remarquable d'après l'auteur ; il rapporte deux cas qui confirment sa manière de voir.

(*Wratsch*, n° 6, 1897 et *Rev. de Thér. méd. chir.*, n° 9, p. 306, 1897).

Pansement des plaies à la pommade à l'oxyde jaune de mercure.

M. le Dr **Majewski** aurait remplacé avec avantage l'iodoforme, par une pommade à l'oxyde jaune de mercure (25 0/0), pour le pansement de toutes les plaies infectées.

Voici, comment procède cet auteur. Il nettoie la peau au moyen de savon, d'éther ou d'essence de thérébentine, lave la plaie avec une solution physiologique stérilisée de chlorure de sodium et, s'il s'agit d'une plaie cavitaire, comble les culs-de-sac avec de la tarlatane au sublimé. La perte de substance est alors recouverte de tarlatane enduite d'une fine couche de pommade à l'oxyde jaune de mercure, appliquée de façon que cette couche ne dépasse pas les bords de la plaie et n'arrive pas au contact de la peau saine. On évite ainsi tout danger d'intoxication, malgré la proportion considérable de mercure contenu dans la pommade.

Au bout de cinq ou six jours, on cesse l'usage de la pommade pour empêcher un bourgeonnement trop actif de la plaie.

(*Rev. des trav. de méd.*, n° 18, p. 142, 1897).

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité civile des médecins.

(Suite et fin.)

» Attendu, en ce qui concerne les constatations du 20 mars, que l'expert a, comme le 18 mars, négligé de procéder à l'analyse chimique du sang, dont la composition est, d'après tous les auteurs qui se sont occupés de médecine légale, l'un des indices les plus certains de l'accouchement;

» Que l'expert n'étant pas présent lors de la naissance de l'enfant de la veuve Billy, le Tribunal ne peut admettre comme prouvé ce qui est dit dans les conclusions du défendeur relativement à la cause de l'absence du ballottement;

» Que cette cause n'est pas articulée en preuve;

» Qu'enfin, il n'est pas établi que l'expert ait donné connaissance au magistrat instructeur de ses dernières constatations, ni formulé un nouvel avis, antérieurement à la date de son rapport;

» Que, par suite, il demeure responsable, non seulement de l'arrestation, mais de la durée de cette arrestation jusqu'au moment de l'accouchement;

» Attendu que la négation de la grossesse ne peut constituer une faute à la charge de la dame veuve Billy, obligée de se défendre; mais que cette déclaration contraire à la vérité, quoique ne dispensant pas l'expert de l'accomplissement intégral de son mandat, doit être retenue comme élément d'atténuation de sa responsabilité;

» Qu'on doit encore admettre, comme causes d'atténuation, la moralité douteuse de la demanderesse, les soupçons qui pesaient sur elle, l'ensemble des renseignements défavorables fournis tant sur cette femme que sur sa famille;

» Attendu, en ce qui concerne le préjudice, qu'il y a lieu de tenir compte de l'arrestation de la dame veuve Billy, du temps de sa détention, et de cette circonstance qu'elle est accouchée à la maison d'arrêt;

» Qu'il convient, d'autre part, de considérer que de ces faits n'est résulté pour elle aucun dommage, postérieurement à sa relaxe;

» Qu'enfin, le Tribunal possède tous les éléments nécessaires pour évaluer le montant du préjudice;

» Par ces motifs,

» Condamne le docteur X... à payer à la demanderesse la somme de 1,000 francs à titre de dommages-intérêts, avec les intérêts de droit, à compter du jour de la demande; le condamne à tous les dépens. »

» Et que cette vraisemblance se change en quasi-certitude si l'on rapproche le rapport du procès-verbal de constat dans lequel le magistrat instructeur fait connaître que le médecin lui a déclaré que, n'ayant pas à sa disposition les instruments nécessaires, il y avait lieu de soumettre l'inculpée à une visite plus complète à Saint-Nazaire;

» Attendu que si l'emploi d'un instrument appelé stéthoscope était nécessaire pour entendre les bruits du cœur, il n'était, au contraire, utile d'avoir recours à aucun instrument pour procéder à l'expérience du ballottement;

» Qu'il y a donc, de ce chef, négligence de l'expert, qui, dans la première partie de son rapport, mentionne le toucher vaginal à l'effet seulement de constater l'état du col de l'utérus;

» Attendu que le défaut d'instruments, qui n'est pas mentionné dans le rapport et dont la cause n'est pas indiquée dans le procès-verbal du constat, fait encore présumer la négligence de l'expert;

» Attendu qu'il semble bien acquis que le défendeur s'est contenté, pour affirmer la probabilité de l'accouchement, des symptômes suivants :

» Lait dans les seins, vergetures violacées de date récente sur le bas-ventre, parois abdominales flasques et relâchées, présence du fond de l'utérus au-dessous de l'ombilic;

» Auxquels il a ajouté la reconnaissance par l'inculpée d'une hémorrhagie abondante avec caillots, le 15 mars 1896;

» Que ces symptômes ne sont pas les plus probants chez une femme multipare;

» Et qu'il y a grave imprudence de la part de l'expert à affirmer la probabilité de l'accouchement sur des indices qu'il paraît lui-même ne pas trouver concluants dans son rapport où il constate, en outre, qu'il n'y a pas de déchirures récentes du col de l'utérus, et particulièrement sur une hémorrhagie abondante dont il n'a d'autres preuves que les déclarations de l'inculpée;

» Attendu que loin de combattre les présomptions de négligence ou d'imprudence, résultant de la rareté des cas où le médecin expert a pu se tromper en pareille matière, les documents que possède le tribunal et le rapport médical ne font que confirmer ces présomptions;

» Et que, par suite, la responsabilité du défendeur se trouve engagée du chef de l'arrestation;

» Attendu que les cas, dans lesquels le médecin, ayant procédé à toutes les recherches qui sont commandées par les maîtres de la science, a néanmoins été induit en erreur, étant exceptionnels, la proportion entre le nombre de ces cas et celui des accouchements étant infime, l'erreur fait nécessairement présumer la faute, la négligence ou l'imprudence de l'homme de l'art;

» Qu'à l'expert incombe donc la charge de prouver qu'il n'a négligé aucun des moyens auxquels il devait avoir recours;

» Attendu que la date à laquelle a été rédigé le rap-

port du docteur X..., postérieurement à l'accouchement de la dame veuve Billy, peut mettre le tribunal en défiance contre les énonciations de cette pièce de la procédure criminelle;

» Que si, cependant, à raison du serment d'expert et de la grande honorabilité du défendeur, unanimement reconnue, l'on admet, comme exactes et sincères, les affirmations contenues en son rapport, il y a lieu de considérer que ce document comprend trois parties;

» Que, dans la première, l'expert relate les symptômes par lui reconnus le 18 mars;

» Dans la seconde, parlant de la visite du 20 mars, il dit avoir constaté les mêmes symptômes qu'à son premier examen, et ajoute que l'auscultation, la palpation du ventre et le toucher vaginal ne lui donnaient ni bruits du cœur, ni les mouvements actifs de l'enfant, ni le ballottement;

» Dans la troisième, il donne ses conclusions fondées sur les résultats de son double examen;

» Attendu que ce sont les constatations médicales du 18 mars qui ont déterminé l'expert à affirmer au magistrat instructeur la probabilité de l'accouchement, et ont, par suite, amené l'arrestation;

» Qu'il semble résulter de la place qu'occupent dans le rapport les dires de l'expert, relativement aux divers symptômes de grossesse ci-dessus relatés, que c'est seulement lors de son second examen qu'il les a recherchés et en a constaté l'absence »

Ce jugement n'est pas conforme à la jurisprudence d'après laquelle les seuls actes entraînant la responsabilité civile des médecins sont ceux qui constituent des fautes grossières.

Le tribunal civil de Saint-Nazaire n'a pas cru devoir observer une prudente réserve et s'est livré à une véritable critique médicale pour laquelle il n'a aucune compétence. La faute reprochée au médecin-légiste consiste dans le fait par celui-ci de ne s'être pas livré à toutes les recherches indiquées par les « maîtres de la science ». En supposant que ce reproche soit justifié, peut-on dire qu'il constitue la faute énorme, la faute que personne ne doit commettre, de nature à rendre le médecin responsable de son diagnostic? Nous ne le pensons pas.

Dans l'espèce ci-dessus rapportée le médecin, après avoir examiné l'accusée, avait fait un diagnostic basé sur des données très sérieuses; en outre, l'avis de ce médecin avait été donné de la plus entière bonne foi, car le tribunal s'est plu à rendre hommage à la grande honorabilité du docteur X... Dans ces conditions, le tribunal pouvait sans doute constater qu'il y avait en erreur de diagnostic, mais non entrer dans une discussion de questions de pure science et encore moins conclure à la responsabilité d'un médecin qui, bien qu'en disent le public et les juges, n'avait commis aucune erreur grossière.

Il n'est pas vrai de dire avec les juges du tribunal de Saint-Nazaire que les médecins arrivent facilement à la découverte de la vérité, cela leur est le plus souvent très difficile et parfois même impossible, surtout lorsqu'ils sont, comme dans le cas présent, induits en erreur par ceux qu'ils ont à examiner. Disons même que le fait par l'accusée d'avoir nié son état de grossesse et d'avoir donné des indications pouvant faire croire qu'elle venait d'accoucher, aurait du déterminer les juges à repousser sa demande, car, en somme, il eut été facile à la veuve Billy d'éviter l'arrestation en avouant son état des plus intéressants.

La loi du 30 novembre 1892 relative à l'exercice de la médecine est muette sur cette question très importante de la responsabilité des médecins. Souhaitons donc que cette lacune soit bientôt comblée, et pour y arriver nous conseillons vivement aux lecteurs de s'adresser à ceux de leurs confrères, assez nombreux du reste, qui sont au nombre de nos législateurs.

P. Couradin,
Avocat à la Cour d'appel.

LES LIVRES

Les chancres extragénitaux, par le Pr Fournier. (*Rueff, éditeur*, 1897.)

Le professeur Fournier vient de publier un nouveau recueil de conférences: ainsi grossit, chaque année, et se complète cette vaste encyclopédie de syphiligraphie à laquelle le célèbre professeur de l'hôpital Saint-Louis a attaché son nom et dont tous les volumes portent la note si personnelle, si originale, de son remarquable talent de clinicien et de ses incomparables qualités de professeur.

C'est des chancres extragénitaux qu'il s'agit cette fois; le siège, la morphologie, le diagnostic de ces chancres extragénitaux et le pronostic de la syphilis dont ils sont la première manifestation, ont fourni matière à cinq cent cinquante pages d'une brochure dont l'analyse est aussi impossible que la lecture en est agréable et facile. Comment rendre compte, en effet, dans le schéma qu'est toujours et forcément une analyse, de ce livre qui vaut surtout par la description, par la peinture, par l'art avec lequel sont mis en relief les caractères objectifs des lésions syphilitiques et des affections que le clinicien peut confondre avec elles?

Après avoir indiqué la fréquence relativement assez grande des chancres extragénitaux, montré pourquoi les statistiques sont condamnées à n'exprimer jamais, en l'espèce, qu'un minimum de fréquence et prouvé la prodigieuse supériorité numérique des chancres céphaliques sur tous les autres chancres extragénitaux, le professeur Fournier étudie d'abord les chancres buccaux, les trois

principaux modes de contamination dont ceux-ci sont la conséquence (contagion génito-buccale, bucco-buccale, médiate) et les caractères morphologiques différents qu'ils présentent sur les lèvres, la langue, les gencives, le voile et la voûte du palais, l'amygdale (formes croûteuse, érosive, papuleuse, hypertrophique, ulcéreuse, phagédénique, fissuraire, scléreuse, fongueuse, diphtéroïde, gangréneuse). Puis vient, dans l'histoire des chancres céphaliques, la description des chancres de la pituitaire, des narines, de l'œil, tous d'origine souvent mystérieuse et impénétrable, et enfin celle, tout à fait intéressante et plus originale encore, s'il est possible, que toutes les autres, des chancres du visage, triste conséquence du dangereux baiser, de la morsure, de la sputation, du criminel et banal rasoir. A l'occasion des chancres du cou, du tronc et des membres, le professeur Fournier nous montre comment méritent, à leur tour, d'être quelquefois incriminés le tatouage, les greffes, les latrines, les ventouses, les crayons de nitrate d'argent. Très long et de première importance le chapitre tout à fait remarquable des chancres du sein; l'allaitement, en effet, constitue pour la femme une source active et puissante de contamination syphilitique, car c'est ici qu'apparaît la néfaste influence des hérédo-syphilitiques; et n'est-ce pas à ce chancre du sein, fréquente origine de nombreuses contaminations domestiques qu'il faut s'en prendre de ces terribles épidémies de famille, de maison, de village? A l'occasion du chancre vaccinal, vient une étude très documentée des épidémies de syphilis vaccinale, et à l'occasion des chancres de la main, l'histoire des contaminations professionnelles (médecins).

C'est par une question de pronostic très bien discutée que le professeur Fournier termine son livre. La syphilis extragénitale fournit-elle, toutes proportions gardées, un quotient supérieur d'accidents tertiaires, de lésions malignes précoces, de tertiarisme prématuré, de localisations graves? Non. Même elle n'est pas exempte de formes bénignes. Cependant, après avoir corrigé, preuves en mains, cette opinion, accréditée dans le public, que la syphilis extragénitale est particulièrement grave, le professeur Fournier montre cependant les terribles suites de la syphilis d'origine mammaire, d'origine digitale et d'origine vaccinale. Mais le caractère malin de ces formes cliniques ne relève en rien du siège de leur accident originel; c'est aux conditions individuelles, aux conditions de terrain qu'il faut s'en prendre. L'extragénitalité du chancre ne constitue en rien par elle-même, par elle seule, un facteur de gravité pour la syphilis qui dérive de ce chancre.

Mais, je le répète, tout cela ne peut être analysé.

Le livre du professeur Fournier est excellent, comme ceux qui l'ont précédé. Il a, d'abord, une incomparable qualité, celle d'être fait avec des documents personnels et considérables; personne, en matière de syphilis, ne peut se flatter d'avoir un champ d'observation aussi vaste que celui du maître de l'Ecole française. De là vient, d'une part, l'originalité de l'œuvre, et, d'autre part, la netteté et la précision qui en sont les caractères dominants. Cela donne l'impression de choses définitives, formelles, auxquelles il semble qu'il n'y aura jamais rien à changer. Quels sont les livres dont on en pourrait, sans flatterie, dire autant? Est-il besoin d'ajouter qu'il y a dans le livre du professeur Fournier une méthode irréprochable, que les divisions en sont excellentes, que le style en est clair, élégant et facile? C'est, je crois, chose inutile à dire pour ceux qui ont déjà lu les recueils ayant précédé les « chancres extragénitaux », mais qu'aiment à se rappeler ceux qui attendent le recueil qui les suivra.

P. S.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

MM. Mauclaire, 17; Cazin, 20; Reblaud, 11.

VARIA

Banquet Richelot.

Ce banquet aura lieu *ce soir*, *samedi* 8 *mai*, *à* 7 *heures et demie*, sous la présidence de M. le professeur Guyon, au restaurant Cubat, 25, avenue des Champs Elysées.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU.**

TRAVAUX ORIGINAUX

Luxation sous-scaphoïdienne incomplète en dedans.

Par M. le Dr Quénu.

La communication de M. Berger, sur un cas de luxation du scaphoïde, me donne l'occasion de rapporter ici l'histoire d'un malade que j'ai observé en 1887 à l'hôpital Beaujon et qui était atteint d'une luxation du scaphoïde sur le premier cunéiforme tout en gardant ses rapports sur la tête de l'astragale.

Lorsque le malade, âgé de 45 ans, nous fut adressé, l'accident datait déjà de 5 à 6 semaines et le déplacement était resté le même, aucune tentative de réduction n'ayant été faite. Voici comment cette luxation s'était produite, les renseignements nous sont donnés de la façon la plus explicite par le blessé. Cet homme, emballeur de son métier, se tenait près d'un palan qui soulevait une lourde caisse, le palan cassa, la caisse fut projetée contre lui et le fit tomber sur son séant. D... se rendit très bien compte que, sous le poids de la caisse, la jambe droite vint appuyer sur la jambe gauche, le pied gauche restant sur le sol dans sa position normale, tandis que le genou gauche était violemment écarté en dehors. Le malade ressentit un craquement et ne put se relever.

Pendant trois semaines D... resta chez lui avec le pied bandé; dans les premiers jours, le médecin s'était contenté de lui faire des applications de glace et de compresses d'eau blanche. Puis on lui appliqua un plâtre, toujours sans aucune tentative de réduction.

Enfin, cinq semaines après l'accident, le 11 octobre 1887, D... entra à l'hôpital Beaujon, 2e pavillon, lit 26.

Le pied gauche est gonflé, déformé et plat; l'axe de la jambe, prolongé, tombe un peu en dedans du gros orteil. La mortaise tibio-péronière est intacte, ses mouvements sont entiers.

Les mouvements de l'articulation médio-tarsienne paraissent conservés, mais sont un peu douloureux.

Sur le bord interne du pied, un peu en arrière de son milieu, on observe une saillie considérable qui répond exactement à la place du scaphoïde.

La marche s'accomplit mal, le malade boîte fortement, n'appuie qu'avec peine son pied par terre; nous portons le diagnostic de luxation du scaphoïde, et nous nous proposons de faire l'extirpation de l'os luxé.

Les os mis à découvert, nous constatons que le scaphoïde déborde juste de la facette articulaire qui correspond au grand cunéiforme; en même temps l'astragale a exécuté un certain mouvement de rotation autour de son axe vertical; le scaphoïde est dégagé de ses insertions ligamenteuses et enlevé; il nous est impossible de réduire complètement le déplacement que paraît avoir subi l'astragale sur le calcanéum.

Réunion et drainage.

D... se lève dix jours après l'opération malgré nos recommandations et rompt sa cicatrice.

A la fin de novembre, la marche est possible; toutefois, la pression de l'extrémité antérieure des métatarsiens sur le sol est douloureuse. Le 3 décembre, la marche s'accomplit sans boiterie, pourvu que le pied soit maintenu par une bande de flanelle. Quelques

jours après, le malade sort dans un état très satisfaisant.

Comment devons-nous caractériser le déplacement que nous venons de décrire?

La forte déviation du pied en dehors et les constatations qu'il nous a été permis de faire au cours de l'opération, nous ont prouvé qu'il s'était produit, chez notre malade, une véritable luxation sous-astragalienne en dedans, c'est-à-dire un déplacement rotatif de l'astragale sur le calcanéum ; seulement, au lieu d'abandonner le scaphoïde, la tête astragalienne l'a entraîné avec elle et l'a fait saillir en dedans de toute la largeur de la face d'insertion du premier cunéiforme. On pourrait donc, avec assez de raison, donner à ce déplacement le nom de luxation sous-astragalo pré-scaphoïdienne, en dedans, ou plus simplement de sous-scphoïdienne, étant bien entendu, que nous adoptons la nomenclature de Malgaigne et qu'il est convenu que ce sont les os de la jambe qui subissent le traumatisme et entraînent le déplacement des os du tarse.

On sait que les luxations du scaphoïde se divisent en luxations totales ou énucléations, dans lesquelles l'os a abandonné ses rapports aussi bien avec l'astragale qu'avec les cunéiformes, et des luxations anté- ou sous-scaphoïdiennes, dans lesquelles l'os a gardé ses connexions normales avec l'astragale. Celles-ci se subdivisent en luxations en haut (faits du D[r] Garlaud et de B. Auger), en bas (cas de Chassaignac), en dehors (cas de Burnelt) et en dedans (cas de Rizzali). Notre cas personnel rentre évidemment dans les luxations sous-scaphoïdiennes en dedans, mais incomplètes, puisque la face antérieure du scaphoïde n'avait pas quitté complètement la surface articulaire des cunéiformes.

La conservation des connexions astragalo-scaphoïdiennes, d'une part, et, d'autre part, le déplacement de l'astragale sur le calcanéum semblent bien nous indiquer que toutes ces luxations sous-scaphoïdiennes, sont des luxations sous-astragaliennes particulières et qu'elles se produisent par un mécanisme analogue.

Si on consulte les quelques observations qui se trouvent consignées dans les traités classiques de Malgaigne, Hamilton et Stineson, on voit que toujours ces déplacements se produisent à la suite de chutes sur les pieds de lieux élevés ou bien à la suite de mouvements anormaux de la jambe, le pied étant fixé sur le sol ou dans un étrier.

Dans une chute d'un lieu élevé sur l'avant-pied, l'avant-pied peut arriver normalement et s'appliquer sur le sol, puis, secondairement, le corps s'inclinant de côté, communique aux os de la jambe un mouvement latéral qui porte le genou en dehors ou en dedans; nous n'envisagerons que les cas où le genou se porte en dehors et où, par conséquent, l'extrémité inférieure des os de la jambe se porte en sens inverse, c'est-à-dire en dedans.

Dans ces conditions, si les os du pied étaient libres de suivre l'inclinaison latérale de la jambe, la plante se mettrait en adduction et nous aurions le mouvement forcé qui aboutit à l'entorse ou à la fracture par arrachement de la malléole externe : mais si nous supposons que la pesanteur a fortement fixé sur le sol l'avant-pied et que les mouvements de latéralité combinés à la torsion de la jambe ne produisent leur effet qu'après cette fixation, tout l'effort va être reporté en avant de l'articulation tibio-tarsienne et s'exercer sur les différentes articulations qui relient successivement les os du tarse aux métatarsiens. Cette fixation préalable de l'avant-pied n'est pas une pure hypothèse, elle est notée dans quelques observations, elle est des plus nettes dans notre fait personnel, c'est bien du reste à cause de ce rôle, sinon passif du moins d'immobilité, que Malgaigne a pour les luxations sous-astragaliennes fait exception à la nomenclature ordinaire des luxations, nomenclature qui considère comme os luxé, l'os le plus périphérique. Nous avons, partant des notions précédentes, tenté de reproduire sur le cadavre, des luxations en dedans, soit du scaphoïde, soit des autres os du tarse, voici les résultats auxquels nous sommes arrivés. Ces expériences ont été faites à l'aide de MM. Longuet, Manson et Cange, sur une série de membres séparés du tronc à mi-cuisse, le pied enveloppé d'une compresse était fixé dans un étau pendant que l'effort s'exerçait de dedans en dehors et par torsion sur la face interne du genou; aucune section ligamentaire ou tendineuse n'étaient préalablement pratiquées. Il ressort de nos expériences, qu'il y a lieu tout d'abord d'établir une première division, suivant que l'on fixe l'arrière pied ou l'avant-pied.

Si, en effet, on fixe l'arrière-pied, c'est-à-dire le calcanéum, ou si, ce qui revient au même, on fixe l'ensemble du pied (ce qui se réalise pratiquement dans les chutes sur toute la plante ou sur le talon), la lésion a presqu'invariablement pour siège, lorsque le calcanéum existe, l'articulation tibio-tarsienne ou sa

mortaise. Deux fois, par un mouvement d'abduction du genou, nous avons obtenu une fracture de la malléole interne à sa base, simple ou communicative, sans fracture du péroné.

Il en est autrement quand c'est l'avant-pied qui devient la résistance. L'avant-pied étant fixé au niveau du métatarse, comme je l'ai indiqué plus haut, nous avons obtenu, par abduction du genou, rotation en dehors de la jambe et flexion très accentuée, forcée même :

1° Un déplacement des deux premiers cunéiformes en dedans (le troisième restant adhérent au cuboïde);

2° Une luxation en dedans du premier cunéiforme. A ces déplacements conviendraient, avec la nomenclature de Malgaine, les termes de luxations sous-cunéennes complètes ou incomplètes.

Avec les mêmes mouvements anormaux et flexion non plus extrême mais modérée, ne dépassant pas l'angle droit, nous avons obtenu une fracture du scaphoïde ou une luxation sous-astragalienne.

Il résulte donc jusqu'ici de notre expérimentation, que nous avons l'intention de compléter et de contrôler à nouveau, que la fixation du calcanéum ou de l'avant-pied commandent le siège tibio-tarsien ou tarsien des lésions, et que les déplacements ou les arrachements ostéo-ligamenteux sont d'autant plus antérieurs que le mouvement de flexion du pied sur la jambe est plus prononcé. Nous n'allons pas plus loin et nous supposons que, sans aucun doute, les variations individuelles de solidité et d'épaisseur des ligaments, des tendons et des os, jouent un rôle considérable dans la détermination plus précise des localisations traumatiques. Il nous a paru intéressant de démontrer qu'une association de mouvements forcés dans des conditions précises, crée une parenté pathogénique entre des lésions en apparence dissemblables. Des recherches analogues auront peut-être pour résultat d'enlever un peu de leur aridité à ces luxations des os du tarse et d'aider à leur classification méthodique.

Je ne suis pas arrivé, par contre, à produire une énucléation du scaphoïde, en lisant l'observation de Chassaignac dans laquelle, à la suite d'une chute sur les pieds, on constata que le scaphoïde suivi des deux premiers cunéiformes et des deux premiers méta-tarsiens était passé au-dessus de la tête de l'astragale, je m'étais demandé si dans quelques-uns des faits connus il ne se produisait pas d'abord une luxation sous-astragalienne en bas, c'est-à-dire sous le scaphoïde et si, secondairement, la tête de l'astragale ne venait pas soulever et arracher le scaphoïde de ses insertions cunéennes en le propulsant de bas en haut? Ce n'est là qu'une simple hypothèse que je me borne à signaler sans lui attacher d'importance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai. — Présidence de M. Delens.

M. Monod remet à la Société, au nom de **M. Pozzi**, le second fascicule de la *Revue de Chirurgie abdominale et gynécologique*.

Considérations anatomiques sur le redressement des gibbosités pottiques.

M. Ménard (de Berck-sur-Mer). — Je désire vous présenter quelques pièces anatomiques relatives au redressement brusque des gibbosités dans le mal de Pott et vous soumettre les considérations auxquelles l'examen de ces pièces m'a conduit.

Ces pièces proviennent de maux de Pott anciens; elles ont été l'objet d'expériences *post mortem* et elle montrent tout d'abord quels sont les résultats immédiats fournis par le redressement.

La première pièce est celle d'un mal de Pott dorsal. J'ai essayé, sur le cadavre de l'enfant, d'obtenir le redressement par la simple suppression des apophyses épineuses. Les résultats obtenus ont été minimes. Par traction, la disparition de la gibbosité a été facilement obtenue. L'examen des pièces a montré que les méninges, ni la moelle n'étaient altérées. Mais, sur la paroi antérieure de la colonne vertébrale, la poche du foyer tuberculeux était déchirée, et les détritus tuberculeux avaient diffusé dans le médiastin.

Dans cette expérience, j'ai été particulièrement frappé par ce fait que, avant le redressement, comme vous pouvez le voir, il y avait contact parfait entre les deux segments de colonne non envahis, tandis que, après le redressement, on voyait une vaste cavité séparant les deux segments avec des fragments osseux se prolongeant dans cette cavité. Il y avait donc ici, en définitive, absence complète de tissu osseux sur une hauteur de quatre corps vertébraux, et absence incomplète de tissu osseux sur une hauteur totale de quatre autres corps vertébraux.

La seconde pièce que je vous présente est une gibbosité dorsale moins accentuée que la précédente. L'os ne fait ici défaut, après le redressement de la gibbosité, que sur une hauteur de deux centimètres et demi.

La troisième pièce, enfin, est une gibbosité lombaire, insignifiante sur le vivant où elle aurait passé inaperçue

et qui présente une absence complète d'os sur une hauteur de deux corps vertébraux. Après le redressement, on voit que la cavité antérieure de la colonne lombaire a encore deux centimètres et demi de hauteur.

Voilà donc ce que l'on constate aisément par l'examen de ces pièces. Le redressement des gibbosités produit, sur la face antérieure de la colonne vertébrale, la formation d'une cavité qui occupe la place de 2, 3, 4 et quelquefois 5 et 6 corps vertébraux.

Je résume donc en disant que l'examen anatomo-pathologique des colonnes vertébrales dans les gibbosités pottiques redressées m'a démontré l'absence de lésions du côté du système nerveux central, l'existence d'une déchirure de la paroi fibreuse antérieure du foyer tuberculeux et l'envahissement du médiastin postérieur, enfin, et c'est surtout sur ce dernier point que j'insiste, j'ai toujours vu se substituer aux deux plans de contact primitifs de la colonne une vaste caverne interposée entre les deux fragments. Je dirai même que cette caverne serait encore plus haute que je ne l'ai rencontrée s'il n'y avait un tassement des arcs postérieurs produits par le redressement et capable d'en diminuer le diamètre.

Ces faits ont fait naître dans mon esprit une première objection aux résultats ultérieurs que M. Calot paraît attendre de sa méthode. Quel sera, en effet, le mode de réparation de cette caverne? Il est certain que si un cal osseux se produit, les résultats du redressement seront définitivement bons et le redressement se maintiendra. Mais si l'os ne se reproduit pas, s'il se fait seulement une cicatrice fibreuse, il arrivera, et c'est là ma grande crainte, que l'inflexion de la colonne redressée aura les plus grandes chances de se reproduire. Car les arcs postérieurs des vertèbres, quoi qu'on en ait dit, seront toujours insuffisants pour maintenir à eux seuls le redressement.

Je désire vous montrer, maintenant, quelques pièces sèches de maux de Pott non redressés que j'ai étudiés au point de vue de la réparation des lésions du mal de Pott dans ses différentes périodes. Quelle que soit la pièce que l'on examine et quelle que soit la période du mal de Pott dont cette pièce était atteinte, jamais on n'y trouve de production osseuse sous-périostique, jamais de pont osseux allant d'un fragment de vertèbre au fragment voisin. On sait que dans l'ostéomyélite et le rhumatisme chronique, par exemple, ces productions osseuses, au contraire, ne sont pas rares.

J'ai considéré, à ce point de vue, d'autres collections de pièces que la mienne dont je vous apporte ici quelques spécimens, et je déclare que les faits, dont je vous parle, sont communs à toutes les pièces de maux de Pott de la collection du musée Dupuytren et de M. Lannelongue, à l'hôpital Trousseau, qu'il m'a été possible d'examiner.

Mais cette absence de production d'os, que l'on remarque sur la surface des vertèbres, se voit aussi quand on fait des coupes. Les corps vertébraux se soudent-ils entre eux? Oui et non. Car ils ne se soudent que quelquefois. Sur cette pièce vous verrez bien une petite masse osseuse, mais cette masse représente les débris osseux des vertèbres qui ont été détruits par les tubercules et elle n'est pas plus volumineuse que les débris osseux qu'elle représente. Au-dessus et au-dessous de cette petite masse, vous voyez de petites cavernules. Elles sont réunies par du tissu fibreux, jamais par du tissu osseux. Là, au contraire, sur cette autre pièce, vous croiriez qu'il y a soudure des corps vertébraux par la superficie de l'os, alors que la coupe vous prouve qu'il n'en est rien. Il n'y a donc pas, je le répète, de production osseuse sur la vertèbre tuberculeuse.

Mais alors, une question se pose? Comment cette caverne haute de quatre ou cinq centimètres pourra-t-elle se combler? Je vous laisse le soin de le prévoir et surtout je laisse à l'avenir le soin de nous le dire. Dans cet état d'esprit, je pense donc qu'il faut attendre de nouvelles observations pour trancher le nœud de la question; mais il ne me paraît pas permis, pour le moment, d'étendre la nouvelle méthode de traitement des gibbosités à tous les cas. Ce serait escompter, bien souvent, me semble-t-il, un succès qui paraît problématique après ce que je viens de vous démontrer.

M. Brun. — J'ai fait, autrefois, des constatations analogues à celles de M. Ménard, à l'autopsie d'un malade chez lequel j'avais pratiqué le redressement de la colonne vertébrale, j'ai vu une caverne volumineuse avec intégrité de la moelle et de ses enveloppes. Ce dernier point m'avait déjà frappé. Néanmoins, l'étendue de cette caverne m'avait refroidi, pour un temps; j'avais donc retiré de ces premières tentatives l'impression qu'il valait encore mieux abandonner les enfants avec leurs gibbosités.

Mais on aurait peut-être tort de suivre M. Ménard dans ses conclusions un peu trop absolues et de dire qu'il n'y a rien à faire, actuellement, dans le sens du redressement. Il faut évidemment attendre pour avoir des notions parfaites sur cette question. Mais on ne saurait cesser pour cela d'expérimenter.

J'ai moi-même, ce matin, avec le concours de MM. Monod et Jalagnier, redressé deux gibbosités *récentes*. Nous avons opéré par traction sur les membres inférieurs, combinée à la pression légère sur la gibbosité. Je crois qu'il n'a pas dû se produire, chez nos deux jeunes opérés, les vastes lésions que vient de nous montrer M. Ménard.

Je conclus donc à la possibilité du redressement, à son exécution facile et sans danger du moins pour *les cas récents*, et c'est dans cet esprit que je compte agir à l'avenir devant les gibbosités pottiques.

M. Michaux. — Samedi dernier, avec l'aide de M. Calot, lui-même, j'ai redressé un bossu âgé de 9 ans,

dont le mal de Pott datait de trois ans. La gibbosité était assez saillante pour forcer le malade à maintenir ses mains sur ses genoux. Ce malade étant dans de bonnes conditions générales. J'ai été surpris de la facilité avec laquelle M. Calot, malgré l'ancienneté de la gibbosité, a pu en obtenir le redressement.

Ce redressement a été presque total. Il n'y a eu aucun désordre consécutif; les résultats immédiats, sauf un peu de parésie passagère des membres inférieurs, ont été parfaits. Il faut évidemment attendre les résultats définitifs pour pouvoir en dire plus long.

M. Poirier. — J'ai vu, à deux reprises différentes, M. Calot redresser des bossus à l'hôpital Rotschild. Une première fois il s'agissait d'une gibbosité dorso-cervicale, une autre fois, d'une gibbosité dorsale supérieure. La gibbosité du premier malade a été pour ainsi dire *« escamotée »* sous nos yeux, tant le redressement en avait été rapide et facile. Chez le second malade, M. Calot a bien voulu aller progressivement, par pressions successives. Dans une première pression, on a vu la gibbosité diminuer d'un tiers environ, dans une seconde pression d'un second tiers et finalement elle a disparu. C'est d'ailleurs à la suite de cette dernière opération que M. Calot a adopté, dans sa technique opératoire, les pressions douces et successives.

M. Calot dit : je traite la colonne vertébrale pottique comme on traite un membre. Cette comparaison est injuste. Dans un membre les deux parties n'abandonnent point leurs surfaces de contact.

Quant à savoir comment les deux parties se souderont plus tard, c'est là le problème.

Néanmoins, je pense que ce sont là des tentatives intéressantes et qu'elles peuvent être faites sans danger, surtout pour les gibbosités récentes.

M. Broca. — Puisqu'on parle aujourd'hui des résultats immédiats fournis par le redressement des gibbosités pottiques, je vais donner ceux des trois opérations que j'ai faites jusqu'à ce jour.

Dans un premier cas, il s'agit d'une gibbosité ancienne avec paraplégie. Je n'ai pas pu, malgré tous les moyens employés, réduire cette gibbosité; à peine ai-je obtenu une réduction d'un tiers. La gibbosité a craqué modérément. L'enfant a bien supporté l'opération.

Une seconde fois, j'ai redressé une gibbosité dorso-lombaire de deux ans et obtenu une correction presque parfaite.

Une troisième fois, il y a huit jours, chez un enfant de deux ans et demi dont la gibbosité datait de six mois, la gibbosité « *a filé* » pour ainsi dire entre mes mains. Actuellement, ce malade est en parfait état et il a bien supporté l'opération.

Donc, au point de vue immédiat, pas de gravité opératoire.

Incurvation du tibia à convexité antérieure et absence congénitale du péroné.

M. Kirmisson. — Je vais vous présenter un enfant de 10 ans que j'ai opéré pour une incurvation du tibia à convexité antérieure avec absence congénitale du péroné. Vous pourrez suivre l'enfant à presque tous les âges de sa vie avec les photographies que je vous apporte et celles que vous trouverez dans le livre de chirurgie orthopédique de M. Redard, où cet enfant a été représenté à l'âge de 2 ans. Cet enfant présentait, il y a un an, la malformation congénitale dont je vous ai parlé pour le côté droit.

En même temps il avait un raccourcissement considérable de la jambe droite, ce qui provoquait chez lui le déjettement complet du pied en valgus; il reposait dans la marche sur la malléole interne. On ne retrouvait pas les vestiges du péroné. Joignez à cela l'absence concomitante d'un orteil.

Du côté gauche, le malade avait des déformations du même type. C'était un type de Phocomélie. Seulement ici la cuisse paraissait absente, c'est à peine si les rayons radiographiques ont montré l'existence d'un petit noyau osseux. La longueur totale du membre gauche s'arrêtait à celle du genou droit. En définitive, l'enfant rampait plutôt qu'il ne marchait.

J'ai opéré le petit malade le 4 mai 1896. Je me suis d'abord proposé chez lui, de remettre le pied dans ses rapports normaux avec la jambe. La déviation angulaire du tibia n'était pas très prononcée. J'ai fait à l'extrémité externe de la région du coup-de-pied une incision oblique qui m'a permis de retrouver le tendon d'Achille et les tendons des péroniers latéraux rétractés. Puis j'ai ouvert l'articulation tibio-astragalienne sur le côté interne par une incision en L. J'ai évidé le tibia, creusé une petite cavité pour l'astragale qui était réduite à une petite tubérosité arrondie paraissant soudée au calcanéum. La surface de l'astragale était si petite que je n'ai pas fait d'enchevillement. Le petit malade a gardé un appareil plâtré jusqu'à fin juillet 1896. Depuis cette époque, il porte le soulier qu'il a encore maintenant.

Du côté gauche, au contraire, je me suis contenté de faire porter au malade un appareil prothétique.

Ce résultat était intéressant à vous montrer. C'est peut-être l'une des seules opérations heureuses de ce genre que l'on rencontre dans la chirurgie.

Je répète qu'il y avait ici absence du péroné et incurvation en avant du tibia. M. Nélaton et moi nous avons opéré ainsi autrefois un premier malade. Depuis huit ans que je suis chirurgien de l'hôpital des Enfants assistés j'ai vu six nouveaux cas. Au premier j'ai fait une simple ostéotomie et redressé le tibia. Deux mois après l'opération le malade est mort de broncho-pneumonie. Voici la pièce. On y voit un cordon fibreux à la place du péroné

absent et sur l'extrémité supérienre dnquel le tendon du biceps vient s'insérer. Il y a soudnre dn calcanéum et de l'astragale; on ne voit que quatre orteils. C'est, en somme, le type de ce genre de malformations.

Il y a pour ainsi dire une série décroissante de cas semblables. Il y a des cas où le raccourcissement est peu prononcé, d'antres où il l'est davantage. Aujourd'hni cette malformation commence à être bieu connne et bien décrite.

Au point de vue patbogéniqne, on disait, autrefois, qu'il s'agissait là d'nne fracture intra-utérine. On s'appuyait pour cela sur la déformation du tibia et la cicatrice présentée à ce niveau. Mais, en lisant les observations qui ont été rapportées, on voit que cette explication n'était qu'une bypotbèse. Pourquoi cette fracture intra-utérine? J'ai eu dans certains cas des renseignements sur la grossesse de la mère prouvant qu'il n'y avait jamais eu de fracture. Encore la fracture n'expliquerait-elle ni l'absence du péroné et des orteils, ni l'atrophie considérable du membre.

Un argument dont on s'est beaucoup servi dans la théorie patbogénique de la fracture, c'est la cicatrice qne présente la convexité artérienne du tibia à son sommet. Voilà bien, disait-on, la preuve flagrante qu'il y a eu fracture du tibia et déchirure de la peau. Mais il ne faut pas se presser de conclure ainsi. Il y a deux ans, un assistant de Hoffa a publié un travail intéressant sur ces malformations. Dans un de ses cas, il a pu faire l'examen histologique de l'une de ces fameuses cicatrices et il a pu voir qu'elle ne présentait nullement de tissu de cicatrice, mais simplement une atrophie de la peau.

Voici d'ailleurs, dans le même sens, un autre argument contre la fracture et même la cicatrice. Voyez, par exemple, ce qui se passe dans les mains botes. Supposons un déjettement de la main sur le bord radial de l'avant-bras. Il s'agit d'une main bote radio-palmaire avec saillie énorme du cubitus snr le côté interne et à ce niveau, toujours une petite dépression d'apparence cicatricielle, semblable eu tous points à celles des malformations des membres inférienrs dont nous parlons. N'est-ce pas là, au lieu d'une cicatrice, une trace d'atropbie par compression?

Donc, à quelque point de vne que l'on se place, cette idée de la fracture intra-utérine doit être abandonnée. C'est, d'ailleurs, ainsi que M. Nélaton avait conclu dans son mémoire, il y a déjà huit ans. C'est aussi dans ce sens que concluent les auteurs allemands et que moi-même je m'arrête, d'après l'observation de mon petit malade.

Il s'agit donc, en définitive, dans ces malformations du squelette du membre inférieur, de troubles de développement survenus, pendant la vie embryonnaire, dans le cours des deux premiers mois. Ces troubles doivent être mis sur le compte, ainsi que l'a fort bien démontré expérimentalement M. Dareste, d'une affecticn de l'amnios qui a peu de liqnide, d'une bride amniotique quelconque, d'une compression des pôles de l'embryon par le capuchon amniotique.

Reste à considérer le côté tbérapeutiqne de la malformation, le cas où l'on doit tirer chirurgicalement parti du membre et le cas où l'on doit avoir recours à la prothèse. Il y a, à ce point de vue, deux éléments à considérer : D'abord, l'incurvation du tibia avec convexité antérieure. Ici, bien entendu, l'ostéostomie doit donner qnelques bons résultats. Puis, il y a le déjettement du pied en valgus éqnin avec rétraction du tendon d'Achille et des péroniers latéraux. Dans de pareilles conditions, il faut d'abord sectionner tous ces tendons. Puis, agissant sur l'articulation tibio-tarsienne, ne pas chercher à obtenir l'emboitement osseux; la tête de l'astragale est petite, roule dans la cavité et la déviation se reproduit. C'est donc à l'artbrodèse qu'il faut avoir recours. M. Nélaton et moi nous sommes déjà arrivés antérieurement à ces conclusions. Mais, pour mon compte personnel, c'est la première fois que j'ai fait cette opération.

Concluons donc en disant que si le membre déformé est suffisamment allongé et snffisamment vigoureux, nous ferons l'opération ci-dessus (artbrodèse et ténotomie) et que, dans le cas contraire, nous aurons recours à la prothèse.

M. Reclus. — Il y a bnit ou dix ans, avant le mémoire de M. Nélaton, on m'a conduit un enfant ayant une déformation analogue à celle que nous a présentée M. Kirmisson. J'avais reconnn l'absence du péroné. Mais j'avais néanmoins l'idée, alors, d'une fracture intra-utérine. Je me suis proposé de redresser ce membre. J'ai fait unc ostéotomie avec la section du tendon d'Achille. Le résnltat immédiat m'a paru satisfaisant. Au cours de l'opération, j'avais pu vérifier l'absence du péroné. Je n'ai pas fait d'artbrodèse n'y ayant pas alors pensé, et je n'ai rien tenté sur l'articulation voyant que la tête de l'astragale roulerait dans sa cavité et n'empêcberait pas la déformation.

Depuis, j'ai suivi le malade. Tont son membre est resté atropbié. Il n'a donc nullement bénéficié de mon intervention.

M. Nèlaton. — Avec M. Kirmisson, je partage l'opinion émise par M. Dareste sur la pathogénie des malformations que nous étudions. J'ai, d'ailleurs, insisté suffisamment sur ces faits dans mon mémoire.

Il suffit de voir la merveilleuse collection de M. Dareste pour se convaincre de ces faits.

Au point de vue du traitement chirurgical, il est évident qne l'ostéotomie du tibia est indiquée toute des premières. Mais je prévieus les opérateurs qu'ils trouveront au niveau de la convexité du tibia, un tissu ossenx extrêmement dense et qn'il faudra un ciseau à froid bien trempé et le développement d'une certaine force pour

faire céder le tibia. Donc, l'ostéotomie est le premier temps du traitement. Mais il faut surveiller activement le petit malade au point de vue de rechutes et de nouvelles déformations.

Je crois que, en définitive, les résultats de cette opération sont mauvais. Mon malade d'il y a huit ans conserve une incurvation de son tibia en avant. M. Kirmisson n'a pas eu cet insuccès. Mais on est bien vite désillusionné par les résultats tout ultérieurs. L'enfant que j'ai opéré il y a huit ans est aujourd'hui aux Incurables. Son membre est resté atrophié et déformé. Peut-être le malade de M. Kirmisson, cependant, bénéficiera-t-il de sa double lésion.

En résumé, je crois que M. Brown disait la vérité, il y a déjà douze ans quand il écrivait qu'il fallait amputer tous ces petits malades. Ainsi, on les faisait marcher très tôt après une opération facile, au lieu de tenter de redresser leur difformité par une opération longue, difficile et le plus souvent inutile. Ce sont là des idées que je partage et que je suivrai désormais.

M. Kirmisson. — La pathogénie de ces malformations n'est donc plus douteuse. Mais on trouve encore de nos jours invoquée la fracture intra-utérine pour les expliquer. Il fallait donc y insister.

Quant au côté pratique de l'intervention sanglante en pareil cas, il varie avec les cas.

Il est évident que l'on peut être utile à ces malheureux. Tel le petit malade que je vous présente. Mais il est certain, d'autre part, que les choses se passent très souvent comme viennent de nous le dire MM. Reclus et Nélaton. Est-ce à dire qu'il faille aller aussi loin que M. Nélaton avec Brown et amputer tous ces malades? Je ne le crois pas.

Voici un moulage que plusieurs de mes collègues ont remarqué : je l'ai apporté seulement au point de vue du diagnostic. Il s'agit d'une pseudarthrose du membre inférieur à son extrémité inférieure. Elle a été vue quelques jours après la naissance. Elle se présente avec l'aspect des malformations que nous avons décrites, mais il s'agit ici d'une fracture certaine, le péroné existe, le pied est au complet.

Présentations de malades.

TARSECTOMIE POUR PIED BOT CONGÉNITAL VARUS ÉQUIN

M. Jalaguier présente une petite fille de 6 ans opérée depuis cinquante jours. M. Jalaguier a enlevé la tête de l'astragale et la grande apophyse du calcanéum après section du tendon d'Achille. Cette enfant a pu marcher le quatorzième jour après l'opération, sans aucun appareil.

M. Jalaguier a fait trente-quatre fois cette tarsectomie. Il la préfère à l'opération de Phelps. Elle donne une mobilité suffisante, une bonne voûte plantaire et l'enfant marche bien. Cela, enfin, supprime tout traitement consécutif.

M. Kirmisson persiste à croire que le tarsectomie est une méthode à éviter pour des enfants aussi jeunes. Je prierai simplement M. Jalaguier de nous montrer sa malade ultérieurement.

M. Nélaton. — Je pourrais montrer à M. Kirmisson des malades opérés ainsi depuis sept ans.

TRAITEMENT AMBULATOIRE DES FRACTURES DE JAMBE

M. Reclus présente deux malades. Le premier en est au vingt-cinquième jour d'une fracture bi-malléolaire, du dix-neuvième jour après la mise de l'appareil, le résultat était acquis. Aujourd'hui il marche sans appareil. Le second malade a eu une fracture oblique du tibia plus récemment et il a encore son appareil. Je présente ces deux malades pour faire suite à l'enquête que nous faisons actuellement sur ce nouveau traitement des fractures de jambe.

M. Kirmisson. — La fracture du premier malade de M. Reclus n'est nullement consolidée.

M. Reclus. — Ce n'est pas mon avis. En tout cas je vous ramènerai le malade.

M. Potherat présente un malade opéré pour polype naso-pharyngien.

M. Hartmann présente un malade auquel il a appliqué un appareil particulier pour une fracture du maxillaire inférieur.

Présentation de pièce.

M. Routier présente un appendice cœcal enlevé il y a trois jours. On y trouve des matières fécales et des oxyures vermiculaires. On a décrit une appendicite vermineuse. Mais elle doit être rare puisque voici le premier cas signalé à la Société.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Infection blennorrhagique grave avec productions cornées de la peau.

M. A. Chauffard (Soc. méd. des hôp., séance du 23 avril). — Chaque fois qu'un type pathologique nouveau est décrit et classé, il apparaît bientôt comme moins rare qu'on ne le croyait tout d'abord; un fait en appelle un autre, et peu à peu, de la confrontation des cas isolés se dégage une description d'ensemble, une notion plus précise et plus complète du processus clinique et pathologique.

Dans une de nos séances récentes, notre collègue, M. Jacquet (séance du 22 janv. 1897), nous communi-

quait l'étude très détaillée d'un cas « d'artbro-blennorrhagisme avec troubles trophiques », et nous rappelait que deux faits seulement du même genre avaient été publiés, l'un par M. E. Vidal, le second par M. Jeanselme.

Le malade dont je vais rapporter l'histoire constitne le quatrième exemple de cette forme si cnrieuse de blennorrbagisme infectieux, avec localisations à la fois articulaires et cutanées. On va voir combien est grande la similitude clinique de tous ces faits.

Il s'agit d'nn homme jenne et vigourenx qui contracte denx fois la blennorrhagie, et chaqne fois les accidents infectienx les plns graves apparaissent : ophtalmies aiguës, semblant bien plus de cause interne que produites par inoculation; arthropatbies multiples; orchite, néphrite, aortite probablement, rien ne manque au tableau, et je pnis dire qne jamais je n'ai vn nne blennorrhagie atteindre à ce *summum* de gravité.

C'est au conrs de cette infection si massive que se sont produites les lésions cutanées dont je parlerai plus loin.

Dans les cas déjà publiés, MM. Widal, Jeanselme, Jacquet, ont insisté sur l'état d'anémie extrême, de cachexie même, qne présentaient leurs malades. Le nôtre n'a pas moins souffert dans son état général. Pendant toute la période aignë et fébrile de l'infection, il est resté prostré, la langue sèche, parlant à peine, profondément adynamique et émacié à tel point que je me suis demandé à un moment si la vie n'allait pas être en danger. L'examen des nrines nous a permis de préciser l'une des causes, tout au moins de cette dénutrition cachectisante, en nous montrant l'existence d'énormes *paroxysmes azoturiques*. Alors qne pour toute nourritnre il n'y avait de pris que deux à trois litres de lait par vingt-quatre heures, le taux quotidien de l'urée oscillait entre 50 à 76 grammes, et cela pendant bien des jours, soit consécutifs, soit séparés par de courts intervalles. Il y avait là nne véritable *autophagie* infectieuse et fébrile, qui rendait très bien compte de la consomption rapide et de la perte si complète des forces.

C'est la première fois que, dans un cas de ce genre, semblable constatation est faite, et il y anra grand intérêt à sonmettre les nouveaux faits à même contrôle.

Les *arthropathies* de notre blennorrhagien ont été singulièrement nombreuses et graves, et cependant elles m'ont frappé par leur mode très particulier de terminaison. Elles n'ont présenté *aucune tendance à l'ankylose*, ni même aux adhérences fibreuses. Les genonx ont conservé leur mobilité, sans ces craquements douloureux, ces sensations de tiraillements articulaires, de déchirnres ligamenteuses qui sont si souvent le reliqnat des arthropathies de la chaude-pisse. Pas de gonocoques dans le liquide épanché, et, en somme, une résolution assez complète des lésions inflammatoires des jointnres. Ce résnltat heureux n'était guère à prévoir, et cependant il me semble qn'il a été également obtenu dans les faits de M. Jeanselme et de M. Jacqnet, bien qne nos collègues ne l'aient pas explicitement signalé.

Est-ce là une purc coïncidence? S'agit-il d'une variété spéciale d'artbrites blennorrhagiques, en rapport avec nn état hnmoral et toxique particnlier? On ne peut actuellement que se poser cette qnestion.

Quoiqu'il en soit, si je rappelle la coexistence chez uotre homme d'ophtalmies aiguës, d'arthropatbies, d'orcbite, de néphrite, et cela à deux attaques successives de blennorrbagie, on est bieu forcé d'admettre qne l'infectiosité clinique était ici, comme dans les autres cas à récidives déjà publiés, bicn moins fonction de la virnlence individuelle dn germe que de la réaction même de l'organisme récepteur. Il n'est pas vraisemblable qne deux fois notre malade ait été contagionné par un gonocoque de virnlence aussi exceptionnelle et, c'est en lui-même, dans ses conditions préalables de vitalités bnmorale et peut-être nerveuse, qn'il faut chercher l'explication de la gravité terrible des accidents.

Les déterminations articulaires ont-elles joné, par rapport aux lésions cutanées, un rôle particulier et prédominant? Trabissent-elles l'intervention d'une modalité pathogénique spéciale, d'une intervention directe du système nerveux dont les lésions des jointnres et de la pean seraient des effets associés? Telle est l'opinion qu'a brillamment soutenue M. Jacquet, et mon observation semble apporter nn appoint nouveau à sa théoric, en montrant, une fois de plus, la coexistence « de ces trois termes nécessaires, étroitement subordonnés l'nn à l'antre, la blennorrhagie, le rhumatisme consécutif, la dermite papillaire diffuse et en foyers avec hyperkératose ».

Peut-être, sur ce point, serais-je moins absolu que notre collègue, et je me demande si, pour expliquer la kératose cutanée, ce n'est pas l'intensité même de la virnlence blennorrhagique qu'il fant incriminer, plntôt encore que la localisation articnlaire des complications. Sans doute, snr les quatre cas actuels de kératose blennorrhagique, quatre fois les jointures étaient prises, et cela à chaque récidive, semble-t-il, du processus. Mais, à part les cas relativement bénins et accompagnés seulement d'orcbite, quelle est l'infection blennorrhagique vraiment grave qni ne prend pas les jointures? L'arthropathie n'est-elle pas la première preuve et comme le criterium babituel de la virulence exaltée du gonocoque? Je suis, pour ma part, bien plus frappé de retrouver dans toutes les observations publiées ce même état de cachexie profonde que présentait mon malade, qne de la coexistence des artbropathies. D'autant que bien nombreux sont les cas de polyartbrite blcnnorrhagique et bien rare jusqu'à présent, la coexistence de la dermite hyperkératosante, rare comme l'est la blennorrhagie ultra-virnleute.

La lésion cntanée me semble donc moins liée cliniquement « à une variété d'artbro-blennorrbagisme » qu'à

une *virulence exaltée et cachectisante de l'infection gonococcique.*

M. Jacquet a fait remarquer que, au moins d'après son cas à double récidive, la dermite hyperkératosante semble survenir *au déclin* des arthropathies, comme s'il y avait là une sorte de mutation ou de transfert morbides. Chez mon malade, les arthropathies débutent vers le 15 décembre, et les déterminations cutanées vers le 10 janvier. Mais ce n'est que vers le 20 janvier que la fièvre tombe et que l'état des jointures commence à s'amender. Encore n'est-ce pas d'une façon définitive, car du 16 au 18 février la température remonte au-dessus de 39°, jusqu'à 39°6, en même temps que se produit un réveil des douleurs articulaires. L'éruption cornée des cuisses, du poignet, du dos, était alors guérie et n'a manifesté aucune tendance à la rechute. Aujourd'hui encore, l'articulation tibio-tarsienne gauche est gonflée et douloureuse.

La kératose est donc survenue, chez mon malade, au cours de l'arthro-blennorrhagisme, et semble avoir évolué pour son compte, isolément, sans rapport net d'alternance ou de succession avec les lésions articulaires. Il est à noter que les jointures, les yeux, ont présenté des alternations d'amélioration et de rechute, et cela à plusieurs reprises, alors que la marche de la dermopathie a été continue et infiniment plus bénigne.

Il est un dernier point sur lequel je ne voudrais pas être aussi affirmatif que l'a été M. Jacquet; c'est pour ce qui a trait à l'origine trophique probable de la dermite hyperkératosante. Sans doute, l'explication est ingénieuse et séduisante, mais elle n'est guère susceptible de démonstration. Ni la symétrie des lésions, ni les amyotrophies concomitantes, ni l'action favorable de l'hydrothérapie froide, ne me paraissent constituer une preuve, et j'avoue, pour ma part, qu'en présence du petit nombre de faits actuellement connus, j'aime mieux rester dans le doute provisoire. Sans doute le système nerveux peut et doit intervenir dans la physiologie pathologique du processus (et à quel processus ne participe-t-il pas ?), mais à quel titre, dans quelles limites, par quel procédé? C'est ce que nous ne pouvons discuter, il me semble, que sous une forme trop hypothétique encore pour qu'il y ait grand avantage à le faire.

Ces quelques réserves faites, je suis très heureux d'ajouter ce nouveau cas à ceux qu'ont publié déjà M. Vidal, M. Jeanselme et M. Jacquet. C'est aux travaux de nos collègues que je dois d'avoir compris et reconnu chez mon malade la filiation clinique des accidents, et l'origine blennorrhagique de cette singulière dermatose.

J'ajoute que les lésions cutanées que j'ai observées sont bien exactement comparables, quoique à un moindre degré de gravité, aux lésions déjà constatées. L'épaisse semelle cornée, lamellaire et craquelée, à la plante des pieds, la coque talonnière, les cônes cornés du sommet des cuisses, jusqu'à l'hyperthrophie douloureuse du calcanéum à l'insertion du tendon d'Achille, nous retrouvons là les analogies les plus étroites avec les autres faits publiés. MM. Jeanselme et Jacquet ont, du reste, bien voulu venir voir mon malade, et ont appuyé mon diagnostic de leur autorité.

Je ne signale comme un peu spécial à mon malade que le caractère *rupiforme* de certaines des croûtes cornées du sommet des cuisses, et l'aspect *séborrhéique* des croûtes plus molles du placard interscapulaire.

Au point de vue de la genèse dermatologique des lésions, je me rallie complètement à l'opinion de M. Jacquet. Comme lui, j'ai constaté que le cône corné creux *emboîtait* un cône d'hyperthrophie dermo-papillaire, qui, il est vrai, était, dans mon cas, non pas villeux, mais acuminé, humide, lisse et miroitant.

Une biopsie me permet même d'apporter la démonstration histologique de la réalité de ces petits foyers de dermite papillaire hyperkératosante. Comme cette biopsie est la première publiée, il me paraît intéressant de la donner *in extenso*. La voici :

« Après détachement d'un cône corné, l'éminence charnue sous-jacente a été rapidement excisée, fixée et durcie par le liquide de Flemming.

Une partie des coupes a été consacrée à la recherche des microbes, après coloration par la méthode de Kühne. Le résultat a été *entièrement négatif* : ni gonocoques ni autres germes n'ont pu être décelés sur les coupes.

Sur des coupes colorées par l'éosine et la thionine, et passant par le grand axe vertical du petit cône dermo-épidémique, voici ce que l'on constate :

La coupe présente, dans son ensemble, l'aspect d'un petit papillome, à surface lisse et carnée, et formé par l'intrication et l'emboîtement réciproque de papilles dermiques et de prolongements malpighiens.

Le derme lui-même paraît sain, formé par l'entrelacement de faisceaux conjonctifs normaux.

Les vaisseaux dermiques semblent légèrement dilatés, et autour d'eux, formant gaine ou collerette, on constate la présence d'assez nombreux leucocytes, surtout vers les extrémités papillaires des anses capillaires. Les lymphatiques sont normaux, et également un peu dilatés. Les papilles dermiques sont très allongées, sinueuses, renflées ou bifurquées à leurs sommets. Elles présentent au plus haut degré ces caractères à la partie centrale de la coupe et culminante de la petite tumeur. L'épiderme se limite supérieurement par une couche superficielle carnée, lamellaire et stratifiée, correspondant à la face profonde et adhérente de la production kératosique, et vivement colorée en bleu foncé par l'accumulation, à ce niveau, d'une grande quantité d'éléidine. Au-dessous de ces stratifications carnées, on trouve une couche continue d'épithélium malpighien, formant quatre à six couches de cellules au-dessus du sommet des papilles dermiques, et

envoyant, dans les interstices de celles-ci, des prolongements villeux et allongés.

Les cellules malpighiennes ont conservé leur volume normal, la fine dentelure de leurs filaments d'union, l'aspect physiologique de leur protoplasma. Mais leurs noyaux sont nettement en voie de prolifération, d'activité karyokinétique, et cela surtout au contact et au voisinage du derme muqueux. Dans cette même région profonde de l'épiderme, d'assez nombreux leucocytes semblent avoir immigré des papilles dermiques pour venir se loger dans les interstices épithéliaux.

Autour des noyaux, peu ou pas d'état vacuolaire, et encore n'est-il pas sûr, là où il existe, qu'il ne soit pas dû à l'action un peu trop forte d'un réactif aussi énergique que la liqueur de Flemming.

Rien, en somme, de caractéristique ni de profond dans ces lésions de la peau ; une dermite papillaire superficielle, résolutive, accompagnée surtout d'hyper-activité formatrice et kératinisante de l'épithélium malpighien. »

Cet examen biopsique est le premier publié ; dans le cas de M. E. Vidal, M. Sabouraud avait seulement examiné les coupes des productions cornées, et signalé l'absence de gonocoques à ce niveau. A ces premières notions, nous pouvons donc ajouter deux faits nouveaux : pas de microbes dans l'épaisseur du derme et de l'épiderme et existence histologique d'une dermo-papillite hyper-kératinisante.

Le fait actuel confirme donc, dans ses traits principaux, la description clinique si précise que nous donnait récemment M. Jacquet. Nul doute que ce chapitre si curieux du *blennorrhagisme infectieux kératogène* ne se complète bientôt par de nouvelles observations.

(*Bull. méd.*, 25 avril 1897.)

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Perforation spontanée de l'estomac.

M. Le Dentu (séance de l'Académie de Médecine du 4 mai 1897) donne le résultat de deux cas de perforation de l'estomac où l'intervention chirurgicale a été pratiquée.

Le premier opéré au bout de quatre jours n'a pas survécu. Pour le deuxième, l'intervention a eu lieu vingt-six heures après l'accident. La perforation siégeait sur la face antérieure de l'estomac au-dessous du foie. On n'a pu fermer la brèche. Seuls le tamponnement et le drainage ont été pratiqués. Malgré l'époque tardive de l'intervention, le malade a guéri.

D'une manière générale, pour que ce genre d'intervention soit suivi de succès, il faut faire un prompt diagnostic et intervenir rapidement. Pour établir le diagnostic, il y a deux grands signes : la douleur avec lipotymie, la sonorité venant remplacer la matité hépatique. Mais, souvent la douleur fait défaut, ou est peu franche et mal localisée ; bien souvent aussi la sonorité manque, surtout quand la perforation siège sur la face postérieure et s'ouvre dans l'arrière cavité des épiploons. Mais bon nombre d'autres symptômes secondaires, bien interprétés, peuvent fournir de précieux renseignements ; par exemple : la coloration asphyxique précoce des extrémités, le refroidissement de la langue, etc. La limite du temps pendant lequel l'intervention a des chances de succès est assez courte. Dans 33 cas suivis de guérison, 23 fois l'intervention a été pratiquée dans les dix heures. Voici plusieurs statistiques : celle de Mauclaire comprenant 45 observations avec 15 succès, et celle de Pariseur roulant sur 99 cas dont 66 morts et 33 guérisons.

CHIRURGIE DU THORAX

Des tumeurs de la clavicule.

M. Verstraete (*Journ. des Sciences méd. de Lille*, n° 19, p. 446, 1897) donne le récit d'un cas de sarcôme sous-périostique de la clavicule droite pour lequel on a fait la résection totale de la clavicule. Le malade a guéri et recouvré la presque totalité des mouvements. M. Verstraete fait suivre son observation des recherches que voici sur les tumeurs de la clavicule en général :

« Comme nous le disions au début, les tumeurs claviculaires ne sont pas fréquentes. Polaillon, qui les a parfaitement étudiées, n'a pu en réunir que 48 observations. Il est vrai que sa statistique s'arrête à l'année 1874. Il ne nous a pas été possible de trouver de document plus récent. Sur les 48 cas présentés, Polaillon compte 12 tumeurs bénignes et 36 tumeurs malignes se décomposant en :

13 sarcômes, ostéo-sarcômes ou tumeurs fibro-plastiques;

10 cancers ou carcinômes;

6 tumeurs pulsatiles;

4 tumeurs encéphaloïdes;

1 tumeur colloïde;

1 enchondrôme malin.

Notons que l'examen histologique est souvent incomplet.

Sur ces 36 cas : 7 furent jugés inopérables et entraînèrent rapidement la mort.

26 furent opérés, 3 résultats sont inconnus.

11 fois la mort s'ensuivit par suite de l'opération elle-même ou par récidive rapide ; 15 fois, il y eut guérison. Les interventions ont varié suivant les cas et l'auteur, à qui nous empruntons cette statistique, les a classées en neuf tableaux.

En ce qui concerne la résection partielle, il donne :

Cinq morts sur 39, soit une mortalité de 12.82 0/0.

Quant à la résection totale, elle fut faite 21 fois. Un résultat reste inconnu ; 14 fois il y eut guérison, soit une mortalité de 30 0/0.

Depuis ce temps, il est probable que les statistiques se sont améliorées. Néanmoins, la résection de la clavicule restera toujours grave, étant donnés la grande perte de sang qu'elle entraîne, l'état généralement précaire du sujet, la longueur et la difficulté de l'intervention elles-mêmes.

Divers incidents peuvent se produire qui ajoutent de nouveaux dangers : ainsi, Polaillon cite trois exemples de pénétration de l'air dans la veine sous-clavière : dans le premier cas (Beaucbêne), il y eut mort immédiate : dans le second, le malade perdit connaissance, il fut difficile de le tirer de son état syncopal ; dans le troisième cas (Robson), il n'eut pas d'incident, de même dans le nôtre.

Les résultats lointains de l'extirpation de la clavicule, au point de vue fonctionnel, sont diversement appréciés par les auteurs, rares sont les observations où, après section des deux pectoraux et en un délai aussi bref que nous l'avons observé, le sujet recouvre la plupart des mouvements du membre supérieur. »

CHIRURGIE DE LA FACE

Traitement des névralgies faciales rebelles par la résection du ganglion de Gasser.

MM. Gérard-Marchant et **Herbet** publient un mémoire sur cette question dans la *Revue de Chirurgie* (avril 1897). En voici le résumé :

Il semble établi que certaines névralgies faciales rebelles ont pour origine une lésion gassérienne. Le seul traitement de cette gasserite est la destruction du ganglion de Gasser.

Lorsqu'il n'existe pas de lésion appréciable du ganglion et que son extirpation a été cependant suivie de la disparition de la névralgie, on peut expliquer la guérison par la destruction de ce centre nerveux, qui renferme les neurônes, ou cellules nerveuses, dont la simple section des nerfs ne supprime que les prolongements.

La voie temporo-sphénoïdale est la plus commode pour aborder le ganglion : la recherche de ses branches, et surtout du maxillaire inférieur dans le trou ovale, constitue les points de repère les plus sûrs pour découvrir et saisir le ganglion.

L'extirpation complète est possible. Le plus souvent le ganglion de Gasser a été incomplètement extirpé et détruit soit par le curettage ou le broiement ; souvent même on s'est contenté de la résection simple de ses branches.

L'hémorrhagie, la blessure des nerfs, la compression cérébrale sont les différents accidents opératoires immédiats. Comme accidents consécutifs, on a à redouter, en dehors de l'infection (hémorrhagie secondaire), de l'intoxication iodoformée, les troubles oculaires, exceptionellement des otites.

Comme résultat opératoire immédiat, il faut noter la cessation de la douleur, mais aussi l'abolition de la sensibilité générale dans le territoire des trois branches, et surtout des deuxième et troisième branches ; mais cette anesthésie ne persiste pas longtemps.

Le goût, l'odorat, l'œil, l'ouïe se trouvent diversement modifiés. Les mouvements de la mâchoire peuvent rester gênés.

Au point de vue thérapeutique, la récidive est moins à redouter avec la destruction du ganglion qu'avec la simple section des branches.

Il ne semble pas, jusqu'à présent, que l'extirpation complète soit supérieure à la destruction simple du ganglion.

La mortalité brute a été de 17 sur 95 opérations.

66 opérations par la voie temporale ont donné 11 morts (dont 3 discutables), ce qui fait une mortalité de 12.12 0/0.

29 opérations par la voie ptérygoïdienne ont donné 6 morts, soit 20.60 0/0, 15 cas d'extirpation complète ont donné 5 morts (dont 3 discutables), soit 13.13 0/0.

60 cas d'extirpation incomplète ont donné 8 morts, soit 13.33 0/0.

15 cas de résection simple des branches ont donné 1 mort, soit 6.66 0/0.

(*Rev. prat. des Trav. de méd.*, n° 19, p. 151, 1897).

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Les mouchetures associées au taxis dans le traitement du paraphimosis.

M. Bonnel (*Gaz. des Hôp.*, n° 56, p. 514, 1897) pense que les mouchetures associées au taxis sont les méthodes de choix dans le traitement du paraphimosis.

Mandé auprès d'un malade atteint du paraphimosis, nous commençons toujours par un essai de taxis. Si ce traitement échoue, ce qui arrive fréquemment ; car on n'appelle maintes fois le médecin que trop tard, nous faisons sur le prépuce gonflé, œdématié, et, au moyen du bistouri, quelques mouchetures — en moyenne de deux à cinq — nous malaxons les parties engorgées, pendant trois à quatre minutes : il s'écoule une sérosité abondante, peu ou pas sanguinolente, et aussitôt les téguments, qui étaient gonflés et prêts, pour ainsi dire, à « éclater », deviennent mous, flasques, on dirait qu'il y a de la peau de reste. Un léger taxis remet alors les organes à leur place habituelle.

Cette méthode nous a donné des succès constants chez tous les sujets observés (enfants : paraphimosis simplement inflammatoire ; adultes : paraphimosis simple ou causé par un chancre). Nous n'avons pas eu besoin d'employer l'anesthésie locale dans aucun cas.

Pour nous, les mouchetures, quand il s'agit de paraphimosis volumineux, diminuent la durée des efforts de taxis, et, par conséquent, les souffrances du patient.

Aussi sommes-nous d'avis, après plus de dix ans de pratique journalière et d'expérience souvent mise à l'épreuve dans des circonstances analogues, de conseiller ce mode de traitement. Comparé aux autres procédés, il leur est, certes, bien supérieur. Le procédé de Desruelles, qui consiste, comme on le sait, à passer le doigt entre le prépuce et le gland, est parfois difficile à appliquer et toujours douloureux; et celui d'Alphonse Guérin, tendant à ramener la peau du pénis sur le gland, en prenant le membre viril à sa racine, échoue fréquemment; le débridement est pénible et cause de vives souffrances; la compression est une méthode lente; le procédé de Malgaigne (débridement et dédoublement des adhérences avec un ténotôme) est une opération douloureuse, longue et délicate.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Du massage dans le traitement des fractures.

Pour **M. George Woolsey** (*Medical News*, 20 mars 1897) l'immobilisation, ambulatoire ou non, laisse beaucoup à désirer comme méthode de traitement des fractures et en particulier des fractures juxta-articulaires. Ces mêmes fractures traitées par le massage et les mouvements passifs guérissent beaucoup plus vite et le résultat fonctionnel immédiat est bien supérieur. Ce traitement est surtout indiqué et important dans les fractures juxta-articulaires. Son application est facile; il fait disparaître la douleur et le gonflement, hâte la formation du cal et prévient l'atrophie des muscles et la raideur des articulations. Un appareil sera appliqué après les quinze ou vingt minutes de massage quotidien, et cela pendant dix ou vingt jours, ou même jusqu'à complète consolidation, suivant la nature de la fracture et la tendance du déplacement. Associé à la méthode ambulatoire, le massage dans les fractures constitue un mode de traitement plein d'avenir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Concours de l'adjuvat.

Ce concours a commencé le lundi 10 mai.

Le jury se compose de MM. Farabeuf, Le Dentu, Poirier, Sebilean et Thiéry.

Les candidats, au nombre de neuf, sont : MM. Guibé, Dujarier, Herbet, Lardennois, Luys, Marcille, Proust, Veau et Roger.

Voici le sujet de la composition écrite : *Les muscles du voile du palais; physiologie du voile du palais.*

Les autres questions étaient : *Anatomie et physiologie des racines rachidiennes. Anatomie et physiologie de la veine porte.* Voici les notes données aux premières copies lues : Lardenois, 23; Marcille, 22; Guibé, 24; Roger, 26; Veau, 26; Herbet, 26; Luys, 25.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

MM. Glantenay, 16; Thiéry, 20; Chevalier, 20.

Concours d'accouchement.

Voici le sujet de la composition écrite : *Lobule hépatique; anatomie, physiologie.*

La première séance de lecture a eu lieu hier : MM. Demelin, 19; Bouffe de Saint-Blaise, 17; Dubrisay, 15; Schwabe, 20.

Médecins des asiles d'aliénés.

Dans un précédent numéro, nous avons, après la *Semaine Médicale*, attiré l'attention sur la situation singulière des médecins aliénistes de l'Assistance publique, dont les uns, nommés au concours, ont une limite d'âge à 65 ans, comme les médecins des hôpitaux, et dont les autres, nommés directement, restent indéfiniment en fonctions.

Depuis cette époque, aucune solution définitive n'est intervenue.

Nous savons cependant que, depuis plusieurs semaines, M. Peyron a soumis au conseil de surveillance un projet de mise à la retraite pour l'un des médecins en question, âgé de 73 ans, à la fin de l'année 1897; tandis que l'autre, âgé de près de 68 ans, resterait encore en fonctions jusqu'à la fin de l'année où il aurait accompli ses 70 ans.

Nous ne pouvons qu'applaudir au souci manifesté par M. Peyron. Mais celle qu'il propose atteint-elle, en réalité, le but précis ? Pour tout esprit non prévenu, elle semble substituer une question de personnalité à une question d'intérêt général. Une mesure plus radicale serait la seule rationnelle et laisserait de côté toute question de personnalité; puisque les deux médecins visés par le projet administratif ont tous deux déjà dépassé la limite d'âge de 65 ans assignée à leurs collègues nommés au concours, ils doivent tous deux, ce nous semble, *pour cette seule raison*, être atteints par la même mesure et mis à la retraite en même temps, à la fin de l'année courante.

Ils auraient encore été malgré tout, l'un comme l'autre, plus favorisés dans leur carrière que leurs collègues nommés au concours, et cette mesure ne serait qu'un acte de justice pour ces derniers qui étaient en droit d'espérer depuis longtemps une solution plus hâtive.

Nous espérons encore que telle sera la solution attendue et que nous pourrons l'annoncer à bref délai.

Dr X...

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : **Dr Pierre SEBILEAU.**

TRAVAUX ORIGINAUX

Étude sur les sensations illusoires des amputés (1).

Par le Dr A. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

(Suite.)

4° Température de l'extrémité fantome. — La température de l'extrémité fantôme est presque toujours égale à celle du moignon lui-même, c'est-à-dire que le sujet la sent chaude ou froide, selon que le moignon est lui-même chaud ou froid. Deux de nos malades seulement font exception à cette règle. L'un, amputé du poignet gauche il y a neuf ans, a toujours chaud à la main fantôme; l'autre, amputé du poignet droit depuis six ans, a toujours la main fantôme froide.

Ordinairement la sensation de froid est très vivement perçue dans l'extrémité absente. Quand la température extérieure s'abaisse, les malades y éprouvent très fréquemment la sensation de l'onglée. Ils peuvent d'ailleurs faire cesser cette sensation en réchauffant le moignon, qu'ils ont presque toujours soin, en hiver, d'entourer de plusieurs couches de laine. Quand on plonge les moignons dans l'eau très froide ou qu'on pratique à leur surface des pulvérisations d'éther, c'est ordinairement à l'extrémité absente du membre que les sujets sentent tout d'abord le froid et en souffrent. Inversement, quand on plonge les moignons dans un bain d'eau chaude, la sensation de chaleur est perçue plus vivement au fantôme, qu'au tronçon de membre restant.

5° Continuité ou intermittence de la sensation illusoire. — La sensation illusoire éprouvée par les amputés est quelquefois continue : toujours, à tout instant, le sujet a l'illusion de l'existence du membre perdu. « Je ne sens pas toujours ma main réelle; disait le malade qui a fait l'objet de la leçon de Charcot, tandis que je sens toujours l'autre. » Deux de nos amputés de jambe nous ont fait des déclarations identiques relativement à leurs pieds; ils ne sentaient pas toujours leur pied réel, mais sentaient toujours leur pied fantôme.

Dans la plupart des cas, la sensation illusoire n'a pas cette continuité, et les sujets ne sentent nettement leur extrémité fantôme que dans certaines conditions déterminées. Les uns l'oublient le jour et n'en ont la notion précise que la nuit; les autres ne le sentent que lorsqu'ils y font attention ou lorsqu'ils en souffrent.

Un de nos malades, amputé de l'index gauche il y a vingt-sept ans, a eu pendant deux ans la sensation continue de l'existence du doigt enlevé; mais, depuis vingt-cinq ans, il ne le sent que lorsqu'ayant beaucoup travaillé, il éprouve de la fatigue dans la main.

Dans quelques cas, la sensation illusoire se montre ou disparaît selon que le moignon est ou non comprimé. Ainsi, un de nos amputés du bras, qui a l'habitude de porter un membre artificiel, ne sent sa main

(1) Extrait des *Annales médico-psychologiques*, janvier-février 1897.

fantôme que quand il n'a pas son appareil; aussitôt qu'il le place, la main fantôme disparaît.

Sous la même influence, d'autres amputés voient se modifier la nature des sensations illusoires qu'ils éprouvent.

Ainsi, deux de nos amputés de jambe nous ont raconté que lorsqu'ils avaient leur pilon, ils sentaient leur pied fantôme assez confusément, et à la même distance du genou que leur pied réel: quand ils quittaient le pilon, le pied fantôme se rapprochait du moignon de huit à dix centimètres et sa sensation devenait beaucoup plus précise.

Un autre amputé de jambe sent toujours son pied fantôme à la même distance du genou; mais, quand il met son pilon, il lui semble que ce pied est chaussé dans un gros soulier fort lourd, tandis qu'il lui paraît nu quand le moignon n'est plus comprimé par l'appareil.

6° Mobilité de l'extrémité fantome. — Le membre fantôme suit d'ordinaire tous les mouvements imprimés an segment du membre restant. Le pied semble s'élever si on élève le moignon de la cuisse amputée. La main se porte à droite ou à gauche, en haut ou en bas, selon que l'on porte dans l'un ou l'autre sens le moignon succédant à l'amputation du bras; dans la marche, le malade la sent ballante à côté du tronc; dans le lit, il la sent étendue le long du corps, etc.

Parmi les amputés qui sentent nettement leurs membres absents, quelques-uns ne peuvent imprimer aucun mouvement imaginaire à l'extrémité fantôme. Ils ont beau faire effort pour mouvoir leurs doigts ou leurs orteils absents, ceux-ci résistent à leur volonté: ils sont et demeurent indéfiniment immobiles.

D'autres, au contraire, peuvent remuer volontairement les doigts ou les orteils fantômes, soit ensemble, soit isolément. Les amputés du bras ou de la cuisse peuvent ainsi quelquefois fléchir et étendre volontairement leur jambe ou leur avant-bras. Weir Mitchell et Charcot ont étudié ces mouvements illusoires, et montré leur importance théorique dans l'histoire du sens musculaire. Nous aurons à revenir ultérieurement sur ces illusions psycho-motrices. Contentons-nous de dire pour le moment, que chez les sujets qui peuvent mouvoir leurs extrémités fantômes, il suffit souvent de refroidir le moignon ou de l'anémier par l'enroulement d'une bande élastique pour supprimer temporairement la possibilité d'exécuter des mouvements illusoires.

Chez quelques sujets, il se produit spontanément, à l'extrémité fantôme, des mouvements auxquels la volonté n'a aucune part. Chez d'autres, enfin, la compression de la cicatrice détermine des mouvements involontaires dans le membre absent. Ainsi, chez un de nos amputés du bras, la compression d'un point limité de la cicatrice ou du paquet vasculo-nerveux de la face interne du bras, provoque une flexion douloureuse et involontaire des doigts de la main fantôme.

7° Douleurs spontanées siégeant dans les extrémités fantomes : fourmillements, engourdissements, élancements, crampes. Névralgies des moignons. Syncinésies. — Les amputés ressentent souvent, dans les extrémités qui leur manquent, des chatouillements désagréables, des fourmillements agaçants, des élancements, des engourdissements qu'ils peuvent habituellement apaiser en frictionnant le moignon ou en le plongeant dans de l'eau fraîche.

Ces sensations douloureuses sont, en général, particulièrement pénibles à l'époque des changements de temps, à l'approche des orages, par les vents d'ouest ou du midi. Beaucoup d'amputés signalent cette particularité avec une insistance et un luxe de détails qui ne permettent pas de conserver le moindre doute sur sa réalité.

Dans un certain nombre de cas, les douleurs rappellent, par leur caractère, celles qu'éprouvaient les malades avant l'opération. Un de nos amputés de jambe avait, avant de subir l'amputation, à la face dorsale du petit orteil, un cor qui le faisait beaucoup souffrir. Il éprouve la même souffrance, exactement localisée sur le dos du petit orteil, depuis l'amputation.

Ces douleurs du moignon et du fantôme prennent quelquefois les caractères d'une névralgie si cruelle que pour mettre un terme aux intolérables souffrances des malades, les chirurgiens ont été obligés de pratiquer des opérations sanglantes d'une réelle gravité, telles que l'excision de la cicatrice, la névrotomie à distance et même la réamputation (1).

Enfin, pour en terminer avec l'énumération des douleurs auxquelles sont sujets les amputés, nous devons signaler les *sensations syncinésiques*, c'est-à-dire les douleurs associées à certains phénomènes naturels, tels que le bâillement, la toux, les efforts pour

(1) On trouvera les principaux documents relatifs à cette question dans la thèse toute récente de M. Beaune. Paris, 1895-1896, n° 296.

aller à la garde-robe ou pour uriner. Beaucoup de sujets sont affligés de douleurs de ce genre. Un de nos amputés de jambe ressent une douleur vive dans son pied fantôme, toutes les fois qu'il urine, qu'il va à la garde-robe ou qu'il accomplit l'acte du coït. Chez un autre, les mêmes efforts répondent au pied fantôme et y provoquent une sensation de brûlure très vive.

8° ACCIDENTS RÉSULTANT DE LA SENSATION ILLUSOIRE DES AMPUTÉS. — Ce n'est pas sans de sérieux inconvénients que certains amputés s'imaginent avoir conservé le membre qu'ils ont perdu. Indépendamment des sensations pénibles ou douloureuses qu'ils éprouvent dans le fantôme, l'illusion de l'existence d'une jambe ou d'une main qui manque réellement peut donner lieu à une foule d'accidents.

Il convient de faire remarquer ici que, dans la plupart des cas, l'illusion est si vivace, si précise qu'elle trompe perpétuellement la conscience du sujet et s'impose impérieusement à son attention. L'amputé, en effet, sent souvent mieux son extrémité absente que ses membres réels, et, la sentant mieux, il s'en occupe davantage. Bien plus, il en arrive à croire bien plus fermement à l'existence de l'extrémité fantôme qu'à celle des autres parties de son corps. Un malade de Weir Mitchell affirmait cette conviction dans les termes suivants : « Je ne dirai que la vérité en déclarant que je suis plus sûr de l'existence du membre que j'ai perdu que de celui que j'ai gardé. »

La plupart des malades que nous avons interrogés nous ont fait des déclarations analogues. « Je sais parbleu bien, nous disait l'un d'eux, que je n'ai plus ma jambe droite. Et pourtant, quand j'analyse mes sensations, je sens plus vivement le pied qui me manque que celui qui me reste. L'un me fait toujours mal, l'autre ne me cause aucune souffrance. Si je ne pouvais m'assurer par la vue et par le toucher que le pied endolori a été enlevé, je croirais fermement qu'il est toujours là. Il faut que je me raisonne pour me rendre compte de l'irréalité des sensations que j'éprouve. »

Quand l'illusion a cette netteté, l'amputé est instinctivement enclin à se servir du membre absent comme s'il était encore à la place où il le sent. De là, des accidents dont quelques-uns peuvent avoir des conséquences fâcheuses. Weir Mitchell raconte qu'un cavalier, amputé d'une main et croyant tenir la bride, de cette main, cravacha son cheval de l'autre, et se fit jeter par terre. Un autre se figurait toujours, à table, saisir sa fourchette de la main fantôme et cela l'exaspérait.

Plusieurs de nos sujets ont été victimes d'accidents variés tenant à la même cause. L'un d'eux, amputé de l'avant-bras droit, perdit l'équilibre, un matin en s'habillant : il voulut saisir le montant de son lit *avec sa main fantôme*, et l'appui sur lequel il comptait pour rétablir son équilibre lui manquant, il tomba lourdement sur le sol. Un autre, amputé de la main, a été pendant longtemps fort incommodé, parce que, lorsqu'il voulait saisir des objets, il y portait instinctivement les doigts absents, comme s'ils avaient encore été à leur place. Un amputé de l'index a brisé ainsi des quantités de verres et d'assiettes, parce qu'il s'imaginait toujours que la pression des doigts manquant devait les retenir. Un de nos amputés de jambe, se levant une nuit pour uriner, chercha à s'appuyer sur son pied fantôme, perdit l'équilibre et fit une chute grave. Deux de nos amputés de cuisse nous ont raconté qu'ils avaient fait des chutes analogues en sautant en bas de leur lit, comme s'ils avaient eu leurs deux membres inférieurs intacts, etc.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mai. — Présidence de M. DELENS.

De l'opération de Syme et de la conservation du périoste dans les désarticulations.

M. Ollier. — La Société de Chirurgie s'est récemment occupée de l'amputation de Syme. Une opinion a alors été émise, qui m'a frappé, à savoir que la conservation du périoste au cours de cette opération était une complication et même une inutilité.

L'opération de Syme est une opération déjà ancienne pour moi. Je l'ai pratiquée au moins cinquante fois, elle m'a donné de remarquables succès et je suis venu aujourd'hui vous en entretenir.

C'est en 1868 qu'un de mes élèves a publié cette thèse, dans laquelle je faisais connaître la méthode qui consiste à conserver, dans l'opération de Syme, le périoste calcanéen. Je disais alors que le périoste conservé donne des lambeaux plus épais, mieux matelassés, et chez les jeunes sujets même un calcanéum véritable, utile pour la marche et qui augmente la longueur du membre de l'opéré. Vous le voyez, ces faits sont anciens. Depuis cette époque, j'ai publié de nombreux cas de régénération osseuse dans mon traité des résections. Mais, jusqu'ici, je n'avais en aucune preuve flagrante de ces régénérations, ni autopsie, ni autre démonstration.

Récemment, un autre de mes élèves a soutenu devant

la Faculté de Médecine de Lyon une thèse intéressante, dans laquelle il a rapporté les observations de tous mes opérés par le procédé de Syme qu'il avait pu retrouver. Cette thèse, je la dépose sur le bureau de la Société et je vais, maintenant, reprendre la question devant vous.

Il s'agit ici d'une méthode générale de désarticulation. On a accepté et l'on pratique couramment ce que j'ai dit de la conservation du périoste dans la résection, je trouve illogique que cette conservation soit jugée inutile quand il s'agit d'une désarticulation.

Mais, ce que les autopsies ne nous ont pas encore montré, la radiographie devait nous le faire connaître. J'ai apporté quelques épreuves radiographiques. En voici deux qui vous montreront un calcanéum nouveau chez une malade qui a été opérée en 1881. Cette malade marche facilement avec un soulier rond, sans la moindre douleur. A l'examen de son moignon, on sent une masse osseuse, résistante, à forme sphéroïdale. On voit très bien sur la photographie que cette masse osseuse n'a pas la forme d'un calcanéum normal. Chez cette malade les malléoles ont été enlevées, le cartilage diarthrodial rasé mais pas enlevé. Ce résultat date de quinze ans, il ne changera plus.

Les radiographies d'opérations plus récentes montrent des résultats moins nets au point de vue de la régénération osseuse, mais elles montrent néanmoins des résultats. Ici, par exemple, on voit fort bien qu'il existe dans ce moignon quelque chose de plus que les simples parties molles, sans pouvoir délimiter aussi facilement que sur l'autre photographie les contours de l'os nouveau. Voici, d'autre part, une radiographie qui a été prise six mois après l'opération, on y fait les mêmes remarques. Ces faits confirment donc tout ce que j'ai dit tout à l'heure sur l'utilité de la conservation du périoste dans les désarticulations.

Cette conservation du périoste est d'ailleurs applicable à tous les procédés de désarticulation tibio-tarsienne, quand on conserve le talon. Je l'emploie même pour les amputations de la jambe au tiers inférieur. Ainsi, je puis remonter le talon, et ceci a un intérêt considérable, parce que toutes les amputations au niveau du tiers inférieur donnent d'habitude un moignon sur lequel les amputés ne peuvent pas marcher.

On a donc à tort critiqué mon opération. Elle a, ensuite, d'autres avantages. Dans l'opération de Syme, on peut léser l'artère tibiale postérieure, et il y a des observations où des accidents de gangrène du lambeau ont été signalés. Dans mon opération, point de dangers pour l'artère. En décorticant le calcanéum de sa gaine périostale, on protège à tout jamais l'artère.

J'ai coutume de sectionner toujours le tendon d'Achille. Cette ténotomie, je la fais à ciel ouvert, dès le début de l'opération que j'ai commencée par l'incision même de Syme. Je suture ensuite les tendons antérieurs du lambeau pour avoir en avant une anse contractile. Plus tard, grâce à ces précautions, les malades pourront remuer un tant soit peu leur moignon. Cela peut avoir un gros intérêt dans l'adaptation du moignon au soulier que le malade devra porter.

Je certifie que cette opération est utile, facile à exécuter, qu'elle donne des résultats parfaits et que la seule petite difficulté qu'elle présente consiste dans le détachement du périoste en arrière du calcanéum. Un peu de prudence est alors nécessaire à l'opérateur.

Quand l'os est en partie sain, je n'enlève pas l'apophyse postérieure du calcanéum. Quelquefois même, j'ai pu conserver une couche osseuse suffisante de calcanéum faisant ainsi une opération analogue à celle de Ricard. Cette parcimonie a ses avantages, surtout quand l'os ne doit plus présenter de régénération abondante.

Pour tous ces motifs, à cause de la néoformation plus ou moins abondante du talon, mais qui, chez l'adulte, se réduira presque constamment à un talon fibreux, je crois que mes nombreux faits, dont quelques-uns datent de longtemps, m'autorisent à dire que les résultats de cette opération seront toujours satisfaisants, tout en restant subordonnés, bien entendu, à l'âge et aux conditions anatomiques de l'opéré.

La suture des tendons antérieurs est un temps utile de l'opération pour éviter le renversement ultérieur du talon en arrière. Cette section se fait sans inconvénient, elle est facile et assure la fixité du moignon. Dans le début, j'ai été préoccupé de la mobilité de ce moignon. Je vois qu'aujourd'hui il n'y a aucun inconvénient à rechercher cette mobilité, et je fais observer qu'elle évite la production de formations épidermiques trop considérables.

Dans certains cas, j'enlève les malléoles ou bien je les laisse, mais il convient, en principe, de toujours en réséquer la pointe, sauf chez les sujets jeunes. Chez plusieurs opérés, âgés de moins de 18 ans, je n'ai pas touché aux malléoles. Je n'ai pas à m'en repentir parce qu'il s'est développé en dessous d'elles une masse osseuse considérable; mieux vaut, néanmoins, supprimer partie de ces malléoles en prévision d'absence de développement osseux.

J'ai parlé de la nécessité qu'il y avait de conserver le talon. Il faut le conserver toutes les fois qu'il est possible de le remonter. Car, par la conservation de ce talon, on a de plus grandes chances de voir le moignon apte à supporter des pressions. Un de mes opérés de 1889 m'écrivait encore, récemment, qu'il marchait sur son talon avec un soulier rond et qu'il était capable de faire quarante kilomètres.

Je dirai même plus : cette conservation du talon est même possible toutes les fois que l'on se propose de faire l'amputation de jambe au quart inférieur, exception faite, bien entendu, pour les cas de tumeurs malignes où le périoste est envahi.

Je répète donc, de nouveau, combien je suis étonné de

voir que les avantages des opérations sous-périostées appliquées aux résections sont jugées inutiles quand il s'agit de désarticuler. J'en suis plus étonné encore quand je me rappelle qu'un auteur anglais a tout récemment fait une désarticulation de la hanche après avoir auparavant, décortiqué le périoste de l'extrémité supérieure du fémur et qu'il a obtenu ainsi un résultat tel que, finalement, le malade a marché non plus comme un désarticulé de hanche, mais bien comme un amputé de cuisse.

En résumé, je désire voir se répandre de plus en plus la méthode des opérations sous-périostées, car je suis de plus en plus convaincu de l'utilité des beaux moignons et je considère les opérations sous-périostées comme excellentes pour les produire. De plus, elles permettent d'éviter les artères. Ce sont là des avantages que l'on paraît ne pas avoir encore estimé à leur juste valeur.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur consécutive à une carie dentaire.

M. Moty (*médecin militaire*). — Voici une pièce intéressante, c'est une grande portion de maxillaire inférieur atteint de nécrose consécutive à une ostéomyélite dont le point de départ avait été la carie de la première grosse molaire. J'ai enlevé ce séquestre volumineux par voie sanglante en conservant le rebord alvéolaire.

M. Routier. — Au mois de décembre dernier, on m'appelle auprès d'une dame en état de grossesse et proche de ses couches qui était atteinte, après avulsion de la dent de sagesse et d'une grosse molaire, d'ostéomyélite diffuse du maxillaire inférieur. J'ai dû faire une grande incision au-dessous du maxillaire, l'os parut dénudé et j'annonçai une nécrose ultérieure. Puis la jeune femme accoucha sans encombre, mais elle continua d'avoir une fistule du maxillaire inférieur. Elle était soumise à un traitement ennuyeux et difficile (lavage de la bouche, injections etc.). Bref, récemment on m'a de nouveau appelé auprès d'elle, et, cette fois-ci, sous l'anesthésie chloroformique, j'ai simplement extrait, du maxillaire inférieur, avec une pince, un gros séquestre.

Je ferai donc remarquer que, contrairement à M. Moty, j'ai laissé faire la nature et attendu la séparation de l'os mort et de l'os vivant.

Traitement des péritonites purulentes.

M. Routier. — J'ai surtout le but de répondre à M. Reynier. M. Reynier revient vraiment avec trop d'insistance sur le malade que j'ai présenté ici même avec le diagnostic de péritonite purulente généralisée et guérie par l'intervention. J'ai dit autrefois que je présentais ce malade comme un cas exceptionnel de péritonite généralisée autant qu'on puisse dire. M. Reynier a contesté la généralisation de cette péritonite. Il la conteste encore et il conteste celle des observations semblables qui ont été signalées ici, depuis. Mais si ces péritonites n'avaient pas été généralisées, nous les aurions toutes généralisées en promenant notre main dans l'abdomen de nos opérés. Depuis ma première présentation, j'ai vu un autre cas de péritonite généralisée, incontestable cette fois-ci, comme nous l'a démontré l'autopsie. Il s'agissait d'un enfant de 9 ans, atteint d'une péritonite suppurée. Cet enfant a été opéré et paraissait guéri lorsque le vingt-cinquième jour après l'opération il a présenté des phénomènes d'étranglement interne et il en est mort. A l'autopsie, il y avait sept points de coudure de l'intestin avec adhérences multiples de l'intestin grêle à la paroi.

Il y avait des adhérences partout. La péritonite avait été généralisée et l'on peut dire, en somme, que l'on peut guérir certaines péritonites généralisées.

M. Reynier dit que nos malades meurent par le cœur ou par l'intensité de l'infection. Mais nous le savons tous. Nous savons que dès que le pouls devient filiforme il faut prêter la plus grande attention, soutenir le cœur et relever les forces du malade. Je reste convaincu, pour ma part, que l'on peut guérir des péritonites généralisées, mais, comme l'a dit M. Peyrot, il faut intervenir vite et ne pas attendre que le malade soit trop intoxiqué.

M. Quénu. — Depuis le commencement de la discussion j'ai observé un nouveau cas de péritonite très étendue sinon généralisée. J'ai déjà fait ici des réserves relativement à la généralisation de ces péritonites et j'ai déjà dit qu'il ne fallait pas se hâter de conclure trop vite à la généralisation. Nous disons : quand vous avez ouvert un péritoine plein de pus, quand vous y trouvez du pus presque partout, néanmoins, ne concluez pas qu'il s'agit d'une péritonite généralisée. Entendons-nous : la péritonite est peut-être généralisée, mais la purulence ne l'est pas. Elle est enkystée et la masse de l'intestin grêle est comprise dans cet enkystement.

J'ai été appelé récemment, en province, auprès d'un confrère qui, à la suite d'une grippe, avait eu une pneumonie, puis une pleurésie purulente avec vomique. Dans le décours de ces accidents, il s'était montré des phénomènes péritonéaux légers. Puis le malade était tombé dans un état de maigreur extrême et son ventre augmentait progressivement de volume. Il était facile d'y reconnaître les signes d'une ascite remontant au-dessus de l'ombilic, la sensation de flot était des plus nettes. Mais, en percutant dans le flanc droit, on trouvait de la sonorité et cette sonorité persistait, bien que le malade fût couché dans le décubitus latéral droit.

J'ai fait une incision dans la fosse iliaque droite, il est sorti du pus d'odeur alliacée, je l'ai évacué le plus complètement possible. Ma main introduite a pu aller presque partout. Avec une longue pince j'ai soulevé par mon incision de droite la peau de la fosse iliaque gauche et pratiqué une contre-ouverture à ce niveau. La cavité péritonéale était donc libre partout, sauf en un point où l'intestin était enkysté.

Ici, il n'aurait pas été facile de suivre la conduite de M. Marchand et de faire la laparotomie médiane. J'ai mieux aimé opérer comme M. Peyrot et faire deux incisions latérales dans les fosses iliaques. J'estime qu'il est ainsi plus facile d'évacuer le pus et de faire ensuite des lavages du péritoine avec de l'eau bouillie et de drainer. Mon opéré est aujourd'hui dans un état satisfaisant.

Voilà donc un nouveau cas de péritonite très étendue sinon généralisée.

M. Bouilly. — J'ai opéré, récemment, une femme de 47 ou 48 ans qui, en pleine santé, avait été prise de malaise la forçant de garder le lit. Le médecin traitant avait d'abord pensé à une fièvre typhoïde; cinq ou six semaines après, le ventre s'était ballonné, le médecin avait reconnu tous les signes d'une ascite et fait une ponction. Mais il avait retiré sept litres de pus sans odeur. Appelé le lendemain, je trouve une ascite peu étendue et, devant la nature purulente du liquide retiré la veille, je me mets en devoir de faire la laparotomie médiane. Je dois dire que mon incision était commandée par une certaine rougeur de la région ombilicale, ce qui se voit fréquemment au cours des péritonites purulentes à pneumocoques. Je m'assurai que la cavité péritonéale était libre depuis le foie jusque dans le petit bassin, mais que les anses intestinales étaient agglutinées dans des fausses membranes et enkystées, pour ainsi dire, par elles.

Je pense donc que sous ce nom de péritonite généralisée, on doit confondre des péritonites dont le pus ne pénètre pas entre les anses intestinales. Pourquoi cela? Il y a probablement là une question de virulence du pus. J'ai fait, néanmoins, un grand lavage du péritoine avec de l'eau bouillie; j'ai drainé par la paroi et par une contre-ouverture du petit bassin en incisant le cul-de-sac vaginal postérieur. Ma malade a guéri très simplement, mais elle a suppuré tant que les fausses membranes qui agglutinaient l'intestin n'ont pas été expulsées.

Ce sont donc là des cas intéressants de péritonites à pneumocoques. L'examen du pus a même ici démontré l'existence d'un pneumocoque d'une virulence exaltée. Je crois, enfin, que ce qu'on appelle péritonite généralisée est une péritonite curable dans laquelle la généralisation n'est pas étendue à la masse de l'intestin grêle. Elle diffère de la vraie péritonite généralisée, très septique et dans laquelle l'intestin flotte librement dans la cavité péritonéale.

M. Chaput. — J'ai une observation analogue à celle de M. Bouilly. Une femme de 31 ans était entrée dans le service de M. Widal avec quelques phénomènes généraux graves. M. Widal pense d'abord à une fièvre typhoïde. Mais, bientôt, il se fait une parotidite double et qui suppure.

J'incise cette parotidite. Elle était à staphylocoques. Quelques jours plus tard, je trouve dans le ventre des masses dures à côté de masses molles et fluctuantes. Une ponction exploratrice décèle la présence du pus. Je fais donc une laparotomie médiane, et je trouve l'intestin pelotonné dans le grand épiploon, lequel adhérait, d'autre part, par sa face antérieure un peu en dehors de la ligne médiane. Tout le reste de la cavité péritonéale était libre.

Cette femme a subi de grands lavages. La température est tombée aussitôt l'opération, de 39° à 37°. Mais les jours suivants, la malade a eu une albuminurie grave. Et elle est morte brusquement dans l'adynamie. Le pus intra-péritonéal contenait du streptocoque.

Je pense pouvoir relier ainsi entre eux les différents accidents présentés par cette malade: Parotidite septique, puis péritonite purulente avec encapuchonnement de l'intestin dans le grand épiploon. Peut-être la suppuration était-elle limitée à un épanchement septique du grand épiploon, ayant rempli le péritoine.

M. Walther. — J'ai fait dans ces dernières années deux observations de péritonites purulentes à pneumocoques.

En 1892, j'ai opéré un jeune garçon de 20 ans dont la péritonite était *localisée* à la partie inférieure de l'abdomen. Il a guéri.

En 1894, à l'hôpital Tenon, j'ai soigné un jeune garçon de 16 ans qui était entré chez M. Comby avec le diagnostic de fièvre typhoïde. On le garda quelques temps avec un diagnostic hésitant. Mais le ventre ayant considérablement augmenté de volume, on le fit passer dans mon service. C'était un énorme ventre de batracien.

J'ai fait la laparotomie médiane et retiré sept litres de pus épais crémeux. La main, introduite dans l'abdomen, reconnaissait que le pus plongeait dans la cavité du petit bassin et remontait d'autre part sous le diaphragme; j'atteignais même le deuxième côté, tant le diaphragme était lui-même soulevé. La péritonite aurait donc été généralisée si je n'avais vu sur l'intestin un voile épais le recouvrant. Ce malade a guéri.

Voici un nouveau fait. Un alcoolique dans le cours d'une pneumonie fait une péritonite purulente généralisée. Je l'opère. Dans son délire, ce malade arrache son pansement, les anses s'échappent par la plaie. Bref, le malade est mort probablement à la suite d'inoculations secondaires de son péritoine. Peut-être aurait-il guéri sans cela de cette péritonite purulente à pneumocoques, qui était bien, elle, généralisée à tout le péritoine, même à la masse de l'intestin grêle. Ce fait démontre donc qu'il peut y avoir des péritonites purulentes généralisées à pneumocoques.

M. Richelot. — On a trop bien parlé jusqu'ici pour que j'ose ajouter quelque chose à la discussion. On a eu raison de dire qu'il y avait une différence profonde entre les péritonites très étendues et les péritonites généralisées. Celles qui guérissent sont évidemment celles qui laissent l'intestin tranquille. Mais ne vaudrait-il pas mieux dire pour les autres péritonites, péritonites diffuses, au lieu de dire péritonites généralisées?

Dans l'observation de M. Malapert, ce qui me paraissait suspect, c'était la nature de la péritonite. J'ai alors émis l'hypothèse, avec de grandes réserves, d'une péritonite tuberculeuse. Les chirurgiens d'enfants ont affirmé que ce ne pouvait être qu'une péritonite à pneumocoques. Je veux bien me ranger à cette opinion. Mais je ferai remarquer que, en disant qu'il s'agissait d'une péritonite à pneumocoques, on ne nous a pas donné de renseignements sur la pathogénie de la péritonite. Cela a manqué dans la discussion et je me contente d'appeler l'attention de la Société sur ce point de la question pour une antre fois.

Fractures de la rotule.

M. Chaput. — Le Dr **Lafourcade** (de Bayonne) nous a envoyé une observation de fracture simultanée des deux rotules avec suture osseuse et guérison.

Il s'agissait d'une dame, âgée de 35 ans, et obèse. Elle se tordit le pied en abduction, fit effort pour ne pas tomber, sentit alors un craquement dans les deux genoux et finalement tomba. Immédiatement, gonflement énorme des deux genoux, les deux rotules sont fracturées : M. Lafourcade voit la malade presque aussitôt l'accident et constate un écartement de quatre centimètres : entre les fragments des deux rotules, le fragment supérieur mesurait trois centimètres de hauteur, le fragment inférieur un centimètre. Les ailerons fibreux latéraux étaient déchirés.

Le 15 octobre, M. Lafourcade a fait la suture des deux rotules : Incision courbe, nettoyage de la région, enlèvement des caillots, suture osseuse avec un seul fil d'argent, suture au catgut des ailerons de la rotule, drainage, attelles plâtrées.

Au bout de dix jours, le massage musculaire est commencé, puis le massage articulaire. Les résultats étaient les suivants, deux mois après l'opération : La malade pouvait marcher pendant une heure sans béquilles. La flexion qui avait été de 50° au bout d'un mois, avait atteint l'angle droit au bout de six mois et l'avait même dépassé pour le genou gauche.

Cette observation de M. Lafourcade m'inspire quelques réflexions. Tout d'abord, l'opération de M. Lafourcade a été fort correctement conduite. J'insisterai ensuite sur la rareté des fractures doubles de la rotule. C'est à peine si M. Berger, dans son remarquable article du dictionnaire de Dechambre en signale quatre cas. Ces fractures semblent dues, ainsi que le dit Gosselin, à une friabilité particulière du tissu osseux rotulien. D'autre part, j'ai insisté, dans ma thèse, sur l'influence de l'obésité dans la friabilité du tissu osseux en général. Il y a quelques années, je vous rappelle que j'ai institué des expériences cadavériques dans le but de provoquer des fractures de la rotule en imitant l'action de la contraction musculaire. J'opérais chez des adultes, la plupart sujets sains. Quelque solide et résistant que fût le dispositif que j'avais adopté dans mes expériences (fixation dans l'os du tendon du triceps disséqué), jamais je n'ai pu obtenir une fragmentation de la rotule par arrachement. Il faut, pour que l'os se fracture par ce procédé des conditions spéciales. L'ataxie locomotrice, l'obésité remplissant ces conditions.

Les fractures simultanées de la rotule ont une gravité spéciale parce qu'elles font boiter le malade des deux côtés. C'est pour cela que M. Lafourcade a tenu à opérer de suite sa malade ; M. Lafourcade a conservé les lambeaux périostiques et il a bien fait d'agir ainsi.

Si l'écartement des deux fragments ne dépasse pas deux centimètres, on peut présumer qu'il n'y aura pas d'interpositions fibreuses entre les fragments. Mais si l'écartement atteint trois et quatre centimètres, ces interpositions sont presque inévitables. C'est que, en effet, le surtout ligamenteux rotulien se rompt le dernier dans la fracture, mais il s'allonge d'abord et se distend en sorte que quand l'os est fracturé le ligament rompu et distendu s'interpose entre les deux fragments. L'importance des lambeaux périostiques est donc considérable pour le chirurgien. Hoffa, Mac Ewen, Lucas-Championnière et moi-même nous avons suffisamment insisté sur la nécessité de leur conservation.

M. Lafourcade aurait peut-être bien fait d'employer deux fils d'argent au lieu d'un pour chaque suture osseuse. Il a suturé les ailerons rotuliens et le périoste, il a parfaitement fait. Son drainage n'était pas indispensable, mais je ne veux pas le lui reprocher. Le drainage, en général, n'a que deux excuses : une asepsie douteuse, une hémostase imparfaite.

Je ferai quelques réserves sur le traitement consécutif que M. Lafourcade a fait subir à sa malade. M. Lafourcade a fait commencer le massage le dixième jour. M. Lucas-Championnière y est contraire. Mais je serais heureux, pour ma part, qu'il nous expliquât ses idées là-dessus. Il y a, en effet, le massage articulaire et musculaire. Que le massage articulaire ait des inconvénients, cela se conçoit dans une certaine mesure, mais le massage musculaire n'est nullement répréhensible. Pour mon compte personnel, je fais faire les massages musculaires le vingtième jour. Quant aux mouvements communiqués, je dis au malade de les faire lui-même, il sait mieux que moi quand il faut s'arrêter. Je m'étonne enfin que M. Championnière, qui prescrit le massage dans toutes les fractures, le défende quand il s'agit de la rotule.

Les résultats obtenus par M. Lafourcade ne sont pas absolument parfaits. D'abord sa malade a pu avoir de l'arthrite sèche qui a enraidi ses articulations. M. Lucas-Championnière dirait que ce sont les massages qui ont donné ce résultat. Mais M. Lafourcade ne nous dit rien de la toilette qu'il a faite de l'articulation. N'y avait-il rien dans le cul-de-sac sous-tricipital ?

Je terminerai par des considérations sur les différents

procédés opératoires du traitement des fractures de la rotule. Je mettrai par-dessus bord les appareils. D'autre part, le massage est évidemment incapable, à lui seul, de donner des résultats satisfaisants surtout quand l'écartement dépasse un centimètre et qu'il y a déchirure des ailerons rotuliens.

La griffe de Duplay est un bon appareil pour des écartements moyens chez des malades qui refusent l'opération.

Quant aux méthodes opératoires, je rejette tout d'abord les procédés sous-cutanés. Ils ne font rien contre les interpositions interfragmentaires et les déchirures fibreuses. La seule opération vraiment bonne c'est l'arthrotomie. D'aucuns ont fait la suture osseuse, elle a été faite par M. Lucas-Championnière et M. Jalaguier. Cette méthode est excellente. Je ne lui fais aucun reproche, M Berger a fait le cerclage de la rotule. C'est plus simple encore; mais je juge pour mon compte ces deux opérations inutiles. J'en reste donc à la suture périostique que j'ai déjà préconisée en 1891. Elle consiste à suturer à la soie les deux ailerons de la rotule. On obtient alors une consolidation parfaite. J'ai fait récemment cinq fois la suture périostique de la rotule fracturée. J'ai obtenu des résultats excellents, sinon par cals osseux du moins par cals fibreux aussi courts et aussi denses que possible. Mes malades marchent parfaitement. Je vous en présenterai un à la prochaine séance qui a été opéré depuis deux ans.

Présentation de malade.

ABLATION D'UN SINUS FRONTAL SUPPURÉ

M. Nélaton. — Voici un malade qui avait une suppuration du sinus frontal. Je l'ai opéré en incisant à la place du sourcil. J'ai réséqué les parois du sinus, sauf la paroi postérieure; j'ai drainé le sinus par les fosses nasales. Le malade a guéri et ne présente pas de déformation. J'ai fait plusieurs fois cette opération qui est l'opération de Péan. Elle m'a toujours donné de bons résultats.

M. Routier. — Cette opération appartient plutôt, je crois, à un auteur allemand. Je l'ai pratiqué pour les deux sinus frontaux sur le même sujet. Mon malade a présenté consécutivement de la déformation, mais il a guéri.

Présentation d'instrument.

M. Albarran présente une malade chez laquelle il a fait le cathétérisme des uretères pour des accidents d'infection rénale consécutifs à une néphrotomie. Il présente un cathétère particulier, construit à cette intention, et il donne la démonstration de l'emploi de cet instrument.

Présentation de pièce.

M. Mignot présente des calculs biliaires obtenus chez le cobaye par infection de la vésicule. Ces calculs sont en faveur de l'origine infectieuse de la lithiase biliaire.

M. Hartmann est nommé rapporteur du travail de M. Mignot.

Au cours de la séance, **M. Lucas-Championnière** a été nommé membre honoraire de la Société de Chirurgie.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Des orchites blennorrhagiques.

D'après **M. Marx** (*Rev. de Thér.*, déc. 1896), il y a deux sortes d'orchites blennorrhagiques, la vraie et la fausse.

Certains auteurs prétendent que la propagation de l'inflammation gonococcique se fait de l'urèthre postérieur aux testicules par les canaux déférents; pour d'autres, c'est la voie lymphatique qui doit être incriminée. Or, pour M. Marx, il n'y a qu'un seul mode de propagation de la « *vraie* » orchite blennorrhagique, c'est la voie naturelle, le canal déférent. A côté de cette vraie orchite blennorrhagique, dépendante de la chaude-pisse, il y en a une autre qui évolue parallèlement à la chaude-pisse, mais pourrait exister sans elle et sous l'influence d'une autre cause : la première est infectieuse, la seconde réflexe.

L'auteur étudie d'abord la *vraie orchite blennorrhagique* : il montre l'évolution progressive de la maladie depuis les vésicules séminales jusqu'à l'épididyme et au testicule; il montre qu'au début le toucher rectal pourrait mettre sur la voie du diagnostic; il étudie avec beaucoup de soin une complication trop peu connue de l'orchite blennorrhagique vraie : la déférentite aiguë, pouvant s'accompagner d'une intense phlegmasie abdominale péridéférentielle.

La fausse orchite blennorrhagique se caractérise par des symptômes moins bruyants; elle apparaît au cours d'une blennorrhagie aiguë ou chronique; il y a fluxion testiculaire sans funiculite, le canal déférent n'est pas douloureux; l'épididyme est à peine tuméfié, le toucher rectal n'accuse aucune douleur prostatique ou déférentielle. Les douleurs sont moins vives que dans l'orchite vraie, la guérison plus rapide. L'orchite vraie débute par une diminution ou même par la suppression de l'écoulement; rien de semblable dans l'orchite fausse. Cette dernière n'est produite, ni par l'infection descendante le long du canal déférent, ni par l'infection lymphatique, car les signes d'inflammation ou d'infection du côté du canal déférent ou des vaisseaux lymphatiques font défaut; « il y a eu tout simplement inflammation testiculaire d'origine réflexe, comme il y a pleurésie, pneumonie par action réflexe, ou bien encore comme il y a ovarite par hyper-vascularisation d'origine réflexe ».

La base du diagnostic est le toucher rectal.

Il doit y avoir deux traitements bien nets s'appliquant à l'un et à l'autre cas; on connaît le traitement de l'orchite blennorrhagique vraie, traitement antiphlogistique, qui nécessitera, pour être conduit avec méthode et intelligence, le toucher rectal tous les deux jours au moins (ce qu'on ne fait presque jamais bien à tort). De l'examen rectal dépendra aussi la conduite à tenir vis-à-vis de l'écoulement; on ne devra pas chercher à arrêter celui-ci avant que le canal ne soit revenu *ad integrum* comme volume et comme insensibilité: s'il y a de la phlegmasie abdominale péri-déférentielle, on la combattra par la glace. Quant au traitement de l'orchite blennorrhagique fausse, il est plus simple: tenir le testicule élevé; sangsues au niveau du canal inguinal ou du périnée suivant la prédominance de l'inflammation; application sur le testicule, d'eau saturée de chlorhydrate d'ammoniaque; compression; diurétiques.

Traitement des prostatiques.

M. Bauzet (*Journ. des Praticiens*, n° 20, p. 307, 1897) indique le traitement qu'il convient d'appliquer chez les prostatiques quand ils en sont arrivés à la période de rétention.

Deux méthodes chirurgicales sont alors à employer: ou bien on se propose de guérir radicalement le prostatique par la prostatectomie ou la résection des canaux déférents; ou bien l'on a recours à des moyens palliatifs dans le but de parer aux accidents dus à la rétention, avec ou sans infection. Ces moyens consistent principalement dans le cathétérisme.

M. Banzet étudie d'abord quels instruments devront être utilisés dans ce cathétérisme (sondes molles de Nélaton, sonde en gomme dite à béquille, sonde béquille avec mandrin) quels préparatifs ces instruments auront dû auparavant subir, et quels avantages chacun d'eux présente. Il indique ensuite les précautions antiseptiques qui devront être prises par l'opérateur vis-à-vis de son malade et vis-à-vis de lui-même avant de faire le cathétérisme.

Le rétentionniste de premier degré devra être sondé une fois par jour. Sa vessie ne contient guère que 200 ou 300 grammes d'urines. Elle n'est pas distendue. On fera suivre l'évacuation d'un lavage à l'eau boriquée. Chez les rétentionnistes du second degré, dont la vessie contient plus d'urines que chez les premiers, il faudra faire trois ou quatre cathétérismes quotidiens. Bientôt on verra presque infailliblement l'infection vésicale s'établir sournoisement. Si, alors, le trouble des urines augmente, ne pas craindre de substituer à la solution boriquée des lavages, une solution de nitrate d'argent à 1 0/00. Si, enfin, la suppuration va croissante, installer une sonde à demeure.

Chez les prostatiques distendus depuis peu de temps, il convient d'abord d'obtenir l'écoulement de l'urine. Mais ces malades ont une congestion extrême de tout leur appareil urinaire. Chez eux le cathétérisme est difficile. On le tente après des bains chauds, après la marche, après des lavements tièdes. S'il ne réussit pas, il faut avoir recours, soit à la ponction hypogastrique, soit à la cystostomie sus-pubienne; à la première, de préférence, en prenant soin de ne jamais vider complètement la vessie. C'est alors que l'on essaie de passer une sonde et de profiter ainsi de la décongestion de la prostate.

Chez les prostatiques distendus depuis longtemps, même intervention, mais il faut bien savoir que chez eux l'infection urinaire déjà ancienne, rend le pronostic beaucoup plus sombre.

En définitive, le cathétérisme bien conduit chez les prostatiques peut permettre, en effet, à un grand nombre de ces malades de conserver, pendant de longues années, une santé parfaite; par contre, faute de soins éclairés, ils sont exposés à une succession d'accidents dont la mort est malheureusement trop souvent la terminaison rapide.

Traitement de l'endométrite par la teinture d'iode.

Solovieff (*Wratch*, n° 12, 1897) préconise les badigeonnages de teinture d'iode dans les endométrites post-puerpérales. Ces badigeonnages sont faits de la façon suivante. La malade étant couchée, on introduit dans le vagin un spéculum à valve. Si l'on constate la présence d'une couche grisâtre sur la surface du col, on pratique préalablement un lavage soigneux; ensuite on badigeonne les régions malades avec de la teinture d'iode pure.

Si l'on a affaire à une endométrite du corps on procède de la même façon: on lave préalablement la cavité utérine, on l'essuie à l'aide d'un bâton de verre enveloppé d'ouate et enfin on badigeonne avec de la teinture d'iode.

Après ces badigeonnages les malades ressentent une douleur plus ou moins intense qui, toutefois, se calme au bout d'une heure.

Les badigeonnages doivent être faits, surtout au début de la maladie, tous les jours et même deux fois par jour.

Dans sept cas ce traitement a donné à l'auteur de bons résultats.

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

A propos de l'appendicite.

M. Richelot (*Bull. méd.*, n° 38, p. 441, 1897) termine ainsi les remarques, basées sur des observations rapportées par lui, qu'il a faites sur le DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE CHEZ LA FEMME:

On voit, par ce qui précède, qu'il y a intérêt à poser cette question du diagnostic différentiel entre l'appendicite et les lésions des annexes, dans deux circonstances:

1° Lorsqu'il y a une tumeur du côté droit, celle-ci

étant variable dans son siège, hant située dans certaines lésions tnbo-ovariennes, has située dans certaines appendicites. Il faut tenir compte de l'étiologie puerpérale ou bleunorrhagique, de l'évolution des accidents depuis le début, de la donleur exclusive à droite, etc., éléments parfois obscurs et pen démonstratifs. L'erreur est exceptionnelle, je le veux hien ; mais, si rares que soient les faits qui mettent notre sagacité à l'épreuve, il ne faut pas les nier ou les considérer comme insignifiants. J'ai encore dans mon service, au moment où j'écris, nne femme qni, avec des températures de 38°5, du hallonnement abdominal et une douleur extrême à l'examen dn côté droit, ne me permet pas d'arriver à un diagnostic certain. Elle était, à son entrée, ahsolument indéchiffrable ; je commence à m'y reconnaître et à croire à l'appendicite, mais je snis encore obligé d'attendre ;

2° Lorsqu'il n'y a ancune tnmeur, et que la douleur, avec ou sans réaction péritonéale, est le signe dominant. La confnsion est possible, et je répète qu'on a dû la faire plus souvent que nous ne vonlons bien l'avouer ; ceci chez les arthritiques nerveuses, dont les tronbles abdominaux, les algies viscérales, avec ou sans fracas symptomatique, sont souvent hien obscurs, hien irréguliers dans lenr marche, et qui sont un terrain également propice à l'éclosion des deux ordres d'accidents.

D'autre part, **M. Dieulafoy** (Académie de Médecine, séance du 11 mai 1897) répond comme suit à la communication faite par M. Dumontpallier à la dernière séance :

Je ne nie pas la typhlite; il y a des typhlites catarrhales, sahleuses, muqueuses, etc., comme il y a des entérites et des colites de même nature. Mais ce qui n'existe pas, c'est l'ancienne typhlite stercorale, suivie de gangrène et d'accidents pyohémiques. Et je m'appnie sur des faits : jamais dans le cas d'accideuts graves, où l'intervention chirnrgicale a été nécessaire, on n'a trouvé le cæcnm seul atteint, mais toujours l'appendice était pris, et l'appendicite avait précédé la lésion cœcale quand parfois cette dernière a été rencontrée. Les typhlites muqneuse, catarrhale, comme les antérites, n'ont jamais causé de perforations de la paroi, ni de lésions inflammatoires péritonéales.

Qnant au traitement, j'ai proclamé l'utilité de l'intervention chirurgicale précoce dans certains cas particuliers.

M. Dnmontpallier préconise le traitement médical : cataplasmes, vessie de glace, sangsues, etc. Ce traitement est, en dehors des pseudo-appendicites, des typhlites catarrhales, tcut à fait insuffisant. Sur quoi se fonder pour apprécier la gravité d'une appendicite? Nul ne le sait; aussi pour moi l'appendicite est-elle une et indivisihle, et il est nécessaire d'adopter nne règle de condnite à pen près semhlahle, dans tous les cas, lorsqu'un doute subsiste snr la nature de la maladie, car il est impossible de savoir quand la péritonite apparaît.

Il y a appendicite avec des températures différentes, des vomissements, des réactions péritonéales. Je me déclare incompétent pour diagnostiquer l'appendicite plastique, pariétale, dont l'évolution serait si bénigne. Ma conviction ahsolne est que, dans l'appendicite vraie, le seul traitement rationnel est l'intervention chirurgicale en temps opportnn.

M. Brun (*Presse méd.*, n° 38, p. 208, 1897) donne le résultat de l'examen hactériologique de vingt et un appendices iléo-cœcaux réséqués à froid, pour appendicite chronique, chez des enfants. Cette appendicite chronique était caractérisée histologiquement par la folliculite ancienne, et surtout par l'infiltration diffuse d'un tissn embryonnaire inflammatoire étouffant, atrophiant la muqueuse, tendant également à s'étendre vers la musculeuse, enfin déjà organisé en tissu fihreux dans la voie muqueuse.

L'intensité des lésions reconnues, ajonte l'auteur, vient confirmer d'une façon éclatante l'opportunité de la résection de l'appendice alors même que des phénomènes cliniques observés ne sembleraient pas au premier abord, dans cette forme spéciale de la maladie, nécessiter l'intervention sanglante.

D'un autre côté, **M. David de Drèzigué** vient de publier dans l'*Echo médical de Lyon* un mémoire sur le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique.

Ce travail est hasé sur vingt-deux observations, dont sept personnelles et inédites, recueillies dans le service dn professeur Poncet, et dans lesqnelles on a pratiqué la résection des canaux déférents.

Les suites opératoires ont toujours été simples ; l'opération est done sans gravité.

Chez tons il s'est produit de l'amélioration, en moyenne de huit à qninze jours après l'opération.

Ces malades étaient tons des prostatiques à peu près exclnsivement mécaniques, sans accidents d'empoisonnement urinaire. Dans seize cas des malades qui ne pouvaient nriner qu'avec la sonde, ont uriné spontanément après l'opération, et la miction est redevenue facile dans six cas.

Dans dix cas les urines qni étaient tronbles sont redevennes limpides. Chez six malades, les urines sont restées purulentes et les envies fréqnentes d'nriner ont persisté. Chez tous le toucher rectal a fait constater une diminution de la prostate.

La résection des canaux déférents est donc indiquée chez les sujets atteints de prostatisme, son action paraissant d'autant plns marquée que les trouhles fonctionnels sont plus récents et qu'ils se rattachent à une hypertrophie prostatique caractérisée par nne certaine résistance élastique des phénomènes congestifs plus ou moins marqués du côté de l'organe.

D'après M. Poncet, les prostates dnres, déjà scléreuses,

peuvent également s'atrophier, mais en pareil cas, l'atrophie est plus lente et la diminution des troubles fonctionnels ne marche pas de pair avec elle.

La résection doit donc être préférée à la castration, qui, du reste, doit être abandonnée comme traitement de l'hypertrophie prostatique, notamment pour les troubles mentaux qui se montrent à la suite.

(*Rev. prat. des trav. de méd.*, n° 20, p. 158, 1897).

CHIRURGIE DE LA FACE

Contribution à l'étude des fractures du nez.

Freytag (*Monatssch f. Ohrenheil*, 1897, n° 5) a vu un cas de fracture de la paroi externe des fausses nasales (maxillaire supérieur, branche montante et cornet). Ce cas est intéressant parce qu'il diffère des fractures de la cloison dont on s'occupe presque uniquement, d'habitude.

Chez un garçon de dix ans qui avait reçu un coup de poing sur le nez, quinze jours auparavant, la moitié droite du nez était le siège d'un énorme gonflement, occupant la région de l'apophyse nasale du maxillaire, très sensible à la pression, ainsi que tout le pourtour de la moitié droite de l'orifice; os propres intacts, légère dépression en selle du dos du nez; écoulement purulent fétide par la narine droite. Dans l'intérieur de la fosse nasale correspondante, on voit et l'on sent au stylet un corps étranger qu'on refoule en arrière et que l'enfant crache le lendemain; c'était le cornet inférieur presque en entier, et facilement reconnaissable. Deux mois plus tard, la tuméfaction extérieure avait presque disparu, mais l'apophyse montante restait épaissie; la fosse nasale droite était remplie de croûtes et ne présentait plus trace de cornet inférieur; le cornet moyen était saillant et épaissi; déviation à grande courbure de la cloison à gauche. Le conduit lacrymo-nasal était indemne.

Peut-être aurait-on pu, en soignant cet enfant plus tôt, empêcher l'élimination du cornet, à l'aide d'un tamponnement approprié; actuellement, l'intérieur de la fosse nasale ne diffère pas de celle d'un ozéneux; la formation constante de croûtes ajoute à la ressemblance : l'odeur fait cependant défaut.

Cet exemple de fracture du cornet inférieur par traumatisme extérieur est le premier qui ait été publié, mais il est probable qu'il ne resterait pas longtemps isolé, si les traumatismes de ce genre étaient traités par des rhinologistes.

CHIRURGIE DES OS

De l'ostéomyélite consécutive aux affections des voies respiratoires.

M. Jeanselme (Soc. méd. des Hôp. Compte rendu du *Journ. des Praticiens*, n° 20, 1897). — Nous ne possédons pas de documents sur les ostéomyélites consécutives aux lésions des voies respiratoires. Les deux observations suivantes serviront à combler cette lacune. Un homme de 27 ans atteint, depuis 1893, d'une affection ulcéreuse du poumon non tuberculeuse, meurt à l'hôpital Saint-Antoine d'une broncho-pneumonie gangréneuse. Or, cinq mois après le début de l'affection pulmonaire, il fut atteint d'une ostéomyélite de l'humérus droit. A l'autopsie, on trouva, dans le poumon droit, une excavation ancienne renfermant des pneumocoques et des staphylocoques. L'humérus, guéri depuis quatre ans, ne présentait plus aucune espèce microbienne dans l'ancien foyer d'ostéomyélite.

La seconde observation est plus concluante : Un homme de 26 ans, atteint de dilatation chronique des bronches, meurt d'une broncho-pneumonie compliquée de gangrène des extrémités bronchiques. Pendant le cours de cette poussée ultime, des foyers métastatiques multiples, à suppuration très fétide, se développent au niveau du tibia gauche, des phalangettes des plusieurs doigts et à l'extrémité inférieure du fémur droit. A l'autopsie on relève, outre les lésions communes de la dilatation des bronches et de la gangrène des extrémités bronchiques, une plaque de méningite suppurée de la base et de nombreux infarctus dans le foie. Dans le pus des ectasies bronchiques et dans les noyaux gangréneux le pneumocoque prédominait. Il s'était associé au pneumobacille de Friedlander, aux staphilocoques albus et citreus et à plusieurs variétés de bacilles indéterminés. Dans les foyers métastatiques osseux et viscéraux examinés, soit au moment même de la trépanation, soit une heure seulement après la mort, on a retrouvé invariablement le pneumocoque dans toutes les localisations. Celui-ci était accompagné d'autres microbes différents suivant les foyers, mais qui tous, existaient dans les lésions pulmonaires.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Guérison radicale du cancer épithélial.

MM. S. Cerny et **C. Trunecek** (de Prague). (In *Semaine Médicale*, 5 mai 1897.) — L'arsenic est un des médicaments les plus anciennement employés contre le cancer; l'alcool a fait l'objet d'essais récents, qui n'ont pas donné tout ce qu'on en espérait. C'est au mélange d'acide arsénieux et d'alcool qu'il appartenait de donner les résultats surprenants que l'on va lire. La formule employée pour le moment par les auteurs est la suivante :

Acide arsénieux pulvérisé....	1 gramme.
Alcool éthylique............ } Eau distillée............... }	ââ 75 grammes.

Ce mélange arsenico-alcoolique jouit de la propriété de provoquer une réaction du tissu cancéreux, à l'exclusion des tissus sains, qui réagissent par inflammation simple. Cette réaction se produit en présence du sang frais. Prenons un cancer épithélial de la face par exemple : On fait un badigeonnage avec un pinceau ordinaire sur

toute la surface du cancer. On laisse évaporer et on supprime tont pansement; ailleurs on panserait à plat. Il survient nn peu de douleurs dans les heures suivantes et il se forme dès le lendemain une escarre jaunâtre qui noircira de plus en plus, à la condition de renouveler les badigeonnages tous les jours. L'escarre augmente d'épaisseur et finit par s'éliminer, par détachement des bords au niveau des tissus sains. La plaie bourgeonne ensuite comme une plaie ordinaire et la régénération de la peau se fait, avec des dépressions plus on moins profondes, suivant l'extension du néoplasme. Si on agit assez près du début; les résultats sont tels qu'il ne demeure plus trace de la lésion; des photographies, publiées par les auteurs avant et après l'opération, en témoignent. Au sein, la réaction du tissu cancéreux a été la même, mais ils n'ont pu obtenir que la régression de certains néoplasmes squirrheux, et non une guérison radicale.

Sur les ganglions, la mixture est aussi sans effet. Lorsque la croûte est devenue très épaisse, on peut sans crainte employer une solution plus fortement titrée. On prendra : Acide arsénieux pulvérisé, 1 gramme; alcool éthylique et cau distillée, âà 40 grammes. U. E.

Lorsqu'il ne se forme plus de croûte, c'est qu'on a dépassé les limites du tissu néoplasique et l'on n'a plus qu'à panser les ulcères comme les plaies bourgeonnantes ordinaires et appliquer sur les bords de la vaseline boriquée à 1/10, afin d'éviter une cicatrice. Après un an d'essais, les auteurs se croient en possession d'un topique spécifique donnant des résultats supérieurs à ceux du bistouri dans la cure radicale du cancer superficiel et pouvant servir de palliatif dans d'autres néoplasmes, en même temps qu'on peut y trouver la base de formules nouvelles s'appliquant aux néoplasmes des autres organes.

(*Rev. de Thérap.*, n° 20, p. 336, 1897.)

ESQUISSES D'HYDROLOGIE CLINIQUE

La Mouillère-Besançon.

Sous ce titre, notre confrère le docteur Monin, si compétent en matière d'eaux minérales, vient de publier, à la Société d'éditions scientifiques, une excellente étude sur l'eau iodo-bromo-chlorurée de la Mouillère, dont la précieuse richesse saline est, depuis peu de temps, exploitée par les médecins, au grand bénéfice des malades, et principalement des femmes et des enfants, clientèle de toutes les eaux chlorurées fortes. Un établissement thermal modèle permet, d'ailleurs, l'application, intensive et raisonnée, de toutes les ressources, si variées, de la balnéothérapie scientifique. La diathèse strumeuse, cette tuberculose *in posse* (Peter) est particulièrement justiciable de la cure bisontine, la plus active pour obtenir l'état réfractaire du sol organique au bacille de Koch. Toutes les fois que la thalassothérapie est contre-indiquée, et principalement dans les cas d'éréthisme nerveux ou neuro-arthritique, on aura recours, avec avantage, à la cure salso-iodique et hyperchlorurée de la Mouillère, cure anti-dyscrasique par excellence, qui raffermit étonnamment la peau et les parenchymes, stimule la circulation, résout les néoplasies et combat, sous toutes ses formes, la déchéance vitale. L'enfance scrofuleuse, rachitique ou simplement lymphatique, y puisera les éléments d'une héroïque prophylaxie et l'éradication d'un néfaste tempérament morbide. Les femmes affligées de métrites anciennes avec exsudats pelviens, de dysménorrhées, de catarrhe du col, de virulences inflammatoires du côté des annexes trouveront, dans cette médication, essentiellement fondante et vaso-motrice, la thérapie la plus naturelle et la plus définitive. Depuis quelques années, d'ailleurs, la station de la Mouillère-Besançon a fait étonnamment ses preuves pour la résolution des fibrômes utérins et des anciennes lésions salpingo-ovariennes.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

MM. Jayle, 18; Souligoux, 16; Lannay, 19; Delbet, 15; Guillemain, 19; Anvray, 18; Bouglé, 15; Clado, 19; Morestin, 19.

Les candidats du deuxième concours qui doit s'ouvrir le 31 mai pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Auvray, Banzet, Benoit, Bernard, Bouglé, Brodier, Cazin, Chevalier, Chipault, Clado, Delbet, Demars, Genouville, Glantenay, Guillemain, Jayle, Launay, Longuet, Manson, Mauclaire, Michon, Morestin, Peraire, Reblaud, Regnauld, Reymond, Souligoux. Thiéry.

Le jury est provisoirement composé de MM. Th. Anger, Pozzi, Marc Sée, B. Anger, Humbert, Monod, Renault.

Concours de médecine.

Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux et hospices de Paris s'est terminé par la nomination de MM. G.-C. Lion, Le Noir et Mosny.

Le jury pour le deuxième concours est définitivement composé de MM. Moissenet, Dieulafoy, Landouzy, Lancereaux, Delpeuch, Hayem, Routier.

Concours d'accouchement.

MM. Schwaab, 20; Wallich, 18; Chavane, 17.

La deuxième épreuve (épreuve clinique) a eu lieu vendredi 14 et mardi 18 mai : MM. Demelin, 18 1/2; Chavane, 16; Schwaab, 17; Wallich, 17; Bouffe de Saint-Blaise, 18; Dubrisay, 16.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

68e ANNÉE. 10e SÉRIE. TOME I. N° 22 29 MAI 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

CAUSERIES DE L'HÔPITAL COCHIN — M. PIERRE SEBILEAU

Traitement de l'hydrocèle vaginale.

Suite (1).

Or, ce débat se résume tout simplement à comparer l'une à l'autre, au triple point de vue de l'innocuité, de l'efficacité et de la facilité, la ponction suivie d'injection modificatrice, d'une part, et la cure radicale d'autre part.

En matière d'*innocuité,* je commence par vous accorder ceci : c'est qu'une cure radicale d'hydrocèle pratiquée par un chirurgien propre — je dis vraiment propre — dans un milieu propice et dans des conditions telles qu'au point de vue de ses aides, de ses instruments et des objets de pansement, ce chirurgien puisse mettre en pratique ses connaissances de la chirurgie aseptique, je vous accorde, dis-je, qu'ainsi exécutée, la cure radicale offre une sécurité égale à celle de la simple ponction. Or, à supposer — et vous savez qu'il n'en est rien — que ces conditions soient toujours réalisables, laissez-moi vous dire que les risques courus par le malade, du fait de l'intervention chirurgicale, ne sont pas égaux dans l'un et l'autre cas, ou, tout au moins, que la part d'ennuis qui échoit au patient du fait de cette intervention diffère sensiblement. Il faut compter, d'abord, avec la chloroformisation, obligatoire, à mon avis, quand on pratique la cure radicale, évidemment inutile quand on pratique la ponction suivie d'injection iodée. L'anesthésie locale à l'aide de la cocaïne est, en effet, dans l'espèce, tout à fait insuffisante. Je reconnais qu'elle annihile la douleur de la section et de la suture des téguments et, peut-être, qu'elle atténue celle que provoquent tous les autres temps de l'opération ; mais il n'en reste pas moins certain que le décollement de la vaginale, les tractions funiculaires et, surtout, les cautérisations de la séreuse testiculaire restent pénibles, extrêmement pénibles quelquefois pour le malade. J'attire, même, votre attention sur cette extraordinaire sensibilité de la surface extérieure du testicule ; la simple exposition à l'air, le plus léger attouchement, le frôlement le plus superficiel provoquent chez un malade assez influencé par le chloroforme pour rester indifférent à la section des téguments, des réflexes très accentués. C'est là un petit fait de physiologie nerveuse assez intéressant : vous pourriez, non sans quelque raison, comparer cette réaction douloureuse de la vaginale péri-testiculaire à celle que présente le péritoine péri-ovarien chez la femme, et sur laquelle mon maître Quénu a plusieurs fois attiré mon attention. . . .

(1) Voir *Gazette Médicale*, 3 avril 1897, n° 14, p. 157.

Mais, passée condamnation sur les risques inhérents à l'administration du chloroforme, faut-il donc ne compter pour rien l'ennuyeuse obligation d'un séjour d'une semaine environ dans le lit, ni le port désagréable d'un gros pansement qui, pendant huit jours, au moins, enserre le bassin, la racine des cuisses et les bourses? Et un point de suture qui manque sa réunion, ce qui n'est pas si rare au scrotum où la peau se prête mal à l'affrontement; et des fils qui coupent les téguments; et un drain que peut-être il a fallu introduire dans la cavité, ce qui, pour le moins, nécessite un pansement supplémentaire et retarde, en tous cas, la cicatrisation, puisqu'il ne saurait plus alors être question d'une réunion totale par première intention; et un suintement sanguin qui, la plaie fermée, se fait dans la profondeur, déterminant ainsi un hématôme qu'il faut ultérieurement évacuer, accident rare, sans doute, mais dont le hasard m'a permis d'observer deux cas! Non, tout cela n'est pas, tout cela ne peut pas être, en pratique chirurgicale courante (et n'est-ce pas celle qui vous intéresse?) quantité négligeable.

C'est surtout sur le terrain de l'*efficacité* que les partisans de la cure radicale attaquent la ponction, et cette efficacité, ils la combattent par des arguments de deux ordres, théorique et clinique. Théoriquement, ils affirment que l'hydrocèle est, pour ainsi dire, toujours symptomatique et que la simple ponction ne saurait permettre ni de voir ni d'enlever la cause du mal. Cliniquement, ils prouvent, ou tout au moins, prétendent prouver par des chiffres que l'hydrocèle traitée par les injections modificatrices récidive sur un grand nombre de patients. Quel cas faut-il faire de ces deux objections?

Que la presque totalité, la totalité, si vous le voulez, des hydrocèles vaginales soit symptomatique, je n'en disconviens nullement; ne vous disais-je pas, au reste, moi-même, il y a quelques instants (1), que le chapitre des hydrocèles *anatomiquement* symptomatiques doit être, en réalité, grossi du plus grand nombre, sinon de la totalité des hydrocèles qui sont cliniquement idiopathiques? Soit donc... Mais ce qu'il faut dire aussi, c'est que les lésions causales de ces hydrocèles pseudo-idiopathiques sont, dans les neuf dixièmes des cas, des lésions fort petites, tout à fait insignifiantes, sans importance et sans gravité, si minuscules, souvent, qu'après avoir exploré le testicule et l'épididyme l'on se demande encore sous quelle influence a bien pu se produire l'épanchement. L'on découvre quelquefois des petits kystes épididymaires : soit, c'est rare; des corps étrangers de la vaginale : d'accord, c'est encore plus rare. Mais à côté de cela, que de fois ne trouve-t-on pas tout simplement — quand on trouve quelque chose — de petites excroissances, des plaques indurées sans épaisseur et sans étendue, pour la guérison desquelles il est vraiment déraisonnable de prétendre que s'impose l'ouverture et la résection de la vaginale?

Reste la question des chiffres; il ressort, paraît-il, des statistiques, qu'on peut tenir pour fréquente la récidive de l'hydrocèle traitée par la ponction et l'injection. Je vais vous dire les raisons pour lesquelles je n'attache aucun crédit à de pareilles documents; mais vous ne trouverez pas mauvais, qu'avant d'engager la discussion sur ce point, je vous prouve *par l'absurde* la futilité de l'argument qu'on prétend ainsi opposer à la thèse que je défends, de compagnie avec bien d'autres chirurgiens.

(A suivre.)

(1) PIERRE SEBILEAU : Traitement de l'hydrocèle. In *Gaz. méd. de Paris*, 3 avril 1897, n° 14, p. 158.

TRAVAUX ORIGINAUX

Étude sur les sensations illusoires des amputés (1).

Par le Dr A. PITRES, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

(Suite.)

9° DISPARITION SPONTANÉE DES SENSATIONS ILLUSOIRES. — Certains sujets, ainsi que nous l'avons déjà signalé, conservent indéfiniment l'illusion de l'existence du membre fantôme. D'autres la perdent après un temps variant de quelques semaines à plusieurs années. Cet effacement ne se produit pas toujours de la même façon. Parfois, le fantôme disparaît sans que le malade puisse se rendre compte des modifications qui ont précédé ou accompagné sa disparition. D'autres fois, ainsi que l'ont observé Guéniot, Rizet et Weir Mitchell, l'extrémité fantôme se rapproche graduellement du moignon et semble s'enfoncer progres-

(1) Extrait des *Annales médico-psychologiques*, janvier-février 1897.

sivement dans la cicatrice où elle disparaît, « comme une ombre qui entre dans un corps », dit Weir Mitchell. Ce retrait peut se faire très rapidement, comme chez un de nos amputés de l'avant-bras, qui, quinze jours après l'opération, sentait déjà sa main accolée à la cicatrice. Il est habituellement plus lent. Un de nos malades, amputé de la jambe gauche au tiers supérieur, il y a onze ans, a senti pendant quatre ans, son pied fantôme « comme l'autre ». Puis, au bout de ce temps, ce pied s'est peu à peu rapetissé en se rapprochant du moignon. Aujourd'hui, il paraît gros comme le pied d'un enfant de douze ans, et semble placé à la hauteur du mollet, à quelques centimètres de la cicatrice. Il est probable qu'il finira par disparaître totalement.

10°. État mental des amputés. — Quelques-uns n'ont aucun trouble de l'esprit. Ils acceptent leur infirmité, sinon avec une indifférence absolue, au moins avec une calme et sage résignation, et les sensations qu'ils éprouvent dans leurs moignons et dans leurs extrémités fantômes ne jettent aucune perturbation dans leur mécanisme mental. Mais beaucoup d'autres présentent quelques phénomènes anormaux, qui, sans être de véritables symptômes psychopathiques, méritent cependant d'être signalés (1).

Qu'ils souffrent ou non de leur extrémité fantôme, la plupart des amputés se préoccupent outre mesure de leur moignon. Ils l'entourent de soins méticuleux, le protègent, avec des précautions exagérées, contre les contacts étrangers. Ils refusent obstinément de le laisser toucher et même de le montrer. L'un de nos sujets, amputé de l'avant-bras gauche depuis quinze ans, procède minutieusement, matin et soir, à la toilette de son moignon ; il le lave, le poudre, l'enveloppe de linges fins. Il n'a jamais voulu le laisser voir à sa femme. Ce n'est qu'après d'instantes sollicitations, et bien à contre-cœur, qu'il a consenti à nous permettre de l'examiner.

(1) Nous avons interrogé tous nos amputés sur la nature des rêves qu'ils faisaient, espérant y trouver quelques indications intéressantes. Notre espoir a été déçu. Leurs rêves sont insignifiants ou absurdes. Tantôt ils oublient dans le songe leur mutilation et se comportent comme s'ils n'avaient jamais été amputés ; tantôt ils se voient privés des membres qui leur manquent et agissent en conséquence ; tantôt, enfin, ils s'imaginent qu'ils sont amputés, mais ils se conduisent comme s'ils ne l'étaient pas. C'est ainsi que plusieurs de nos amputés de cuisse ou de jambe se figurent dans leurs rêves qu'ils marchent ou dansent, sans appareils, bien qu'ils se rendent compte, même en rêvant, de l'absurdité de cette conception.

A ce sentiment de pudeur spéciale s'en ajoute quelquefois un autre tout aussi bizarre. Certains amputés ont honte de leur mutilation. Ils la considèrent comme une cause d'infériorité humiliante. Ils voudraient la dissimuler et font pour y arriver des efforts infinis. Un de nos malades, âgé de vingt-huit ans, amputé du bras droit à l'âge de douze ans, et n'ayant pas les moyens de se procurer un appareil de prothèse, met tous ses soins à disposer la manche de son habit de façon que les étrangers ne s'aperçoivent pas qu'il lui manque un membre. Dans la rue, il longe toujours les murs de droite afin qu'on ne puisse pas le croiser du côté où il est amputé. Il se trouble, rougit et est très mécontent si un passant dirige par hasard ses regards vers sa manche droite. Pour éviter ce désagrément, il porte toujours le tronc obliquement, le bras gauche très en avant, ce qui lui donne une attitude disgracieuse, presque difforme et, dans tous les cas, gênante à conserver. Mais peu lui importe, pourvu qu'il dissimule son infirmité !

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mai. — Présidence de M. Delens.

M. Reclus remet, au nom de **M. Reboul**, deux observations d'ostéomyélite du maxillaire inférieur consécutive à une carie dentaire. Ces observations font suite à la discussion soulevée par les communications de MM. Moty et Routier, à la dernière séance (Voir *Gazette Médicale*, n° 21, p. 245, 1897). Elles montrent combien vite peut évoluer cette localisation de l'ostéomyélite. La première observation met en saillie l'importance qu'il y a de surveiller avec soin l'état des dents chez les jeunes sujets.

M. Richelot, au nom de **M. Lafourcade** (de Bayonne), remet une observation de péritonite purulente traitée par la laparotomie et suivie de guérison. M. Richelot est nommé rapporteur.

M. Michaux, au nom de **M. Vallin** (de Lille), remet deux observations ayant pour titre : cancer élevé du rectum, résection par voie abdominale, entérorrhaphie, guérison. M. Michaux est nommé rapporteur.

M. Brun, au nom de **M. Civel**, remet une observation de mal de Pott lombaire, pour lequel on a fait le redressement brusque sous le chloroforme. Le malade est mort deux mois après ce redressement de broncho-pneumonie.

M. Civel a envoyé les pièces anatomiques. M. Brun est nommé rapporteur.

Traitement de la coxalgie.

M. Kirmisson. — Il y a un mois environ (Voir *Gazette Médicale*, nº 15, p. 175, 1897), M. Ménard nous a lu un travail sur le traitement des abcès froids tuberculeux de la coxalgie. Je voudrais reprendre aujourd'hui la question et l'étendre un peu plus loin que ne l'a fait M. Ménard. Je voudrais démontrer plus particulièrement l'importance des méthodes conservatrices dans le traitement de la tuberculose articulaire.

Remarquez que, nulle part ailleurs que chez l'enfant, les méthodes conservatrices ne sont en général mieux indiquées quand il s'agit de tuberculose ostéo-articulaire. D'abord, chez l'enfant, ces lésions ont une tendance naturelle à la guérison spontanée.

On pourrait, il est vrai, reprocher aux méthodes conservatrices la trop longue durée de traitement, si, chez l'enfant, cette longue durée ne présentait aucun des inconvénients qu'elle présente, à coup sûr, chez l'adulte. L'enfant dont la vie est moins nécessiteuse que celle de l'adulte a, d'autre part, des organes sains, des artères saines, un cœur normal, tous organes dont l'affaiblissement est, pour l'adulte, un obstacle à une immobilisation longtemps prolongée.

Les parents se préoccupent fort, à l'avance, de l'effet que produira l'immobilisation de l'enfant. Ils ont des craintes. Ces craintes disparaissent vite devant l'amélioration du malade. Immobilisé, il ne souffre plus la nuit, mais il dort, l'appétit revient ; bref, en peu de temps, un changement complet s'est produit dans l'état général. Voilà donc démontrée, je crois, la nécessité et les avantages de l'immobilisation dans les coxalgies en évolution, du moins chez les enfants.

M. Ménard s'est surtout occupé de la coxalgie avec abcès. Mais j'envisagerai ici le traitement de la coxalgie dans ses trois principales périodes :

a) Période non suppurative ;

b) Période suppurative ;

c) Période avec lésions profondes et fistules étendues.

Dans le cours de la première période, avant la formation des abcès, deux méthodes de traitement se partagent la faveur des chirurgiens :

1º L'immobilisation dans les appareils ;

2º L'extension continue.

Je déclare que de ces deux méthodes, je préfère de beaucoup la première. Tant que le membre n'occupe pas une attitude vicieuse, je ne vois aucune raison de le mettre en extension continue. On conçoit, d'autre part, sans peine, qu'un appareil inamovible bien placé, sur la région malade seule, n'immobilise que cette région et non pas le corps tout entier, ce qu'oblige à faire l'extension continue. Dans un appareil inamovible, donc, l'enfant peut marcher et prendre l'air, ce qui lui est très utile.

N'y a-t-il pas, d'ailleurs, un certain antagonisme entre l'immobilisation et l'extension continue ? Si avec un appareil inamovible vous faites l'extension continue, c'est une contradiction. Dans l'immobilisation rigoureuse, il ne faut pas d'extension continue et *vice versa*.

N'oublions pas, d'autre part, que dans l'articulation coxo-fémorale en particulier, il y a deux os en présence, le fémur et l'os coxal. Or, dans l'extension continue, le bassin se déplace avec le fémur, le tronc suit, en sorte que, pour remédier à une déformation de la hanche, vous en créez de nouvelles dans le bassin et dans le tronc. Cela est presque fatal, j'en ai vu de nombreux exemples ; aussi, je donne la préférence, dans le traitement des coxalgies au début, à l'immobilisation de la hanche sur l'extension continue.

Quelle attitude convient-il de donner au membre immobilisé ? Nous savons que dans la coxalgie le membre tend à se mettre en adduction légère et en flexion. Cette sorte d'inversion du membre, cela se conçoit facilement, est la source de tous les maux ultérieurs. En effet, c'est cette position qui favorise le plus l'usure de la partie postéro-supérieure de la tête fémorale et de la partie de la cavité cotyloïde correspondante. De là, les luxations de la tête et les ankyloses dans les attitudes les plus vicieuses.

Il importe donc d'immobiliser dans un sens contraire à cette position vicieuse, c'est-à-dire dans une position d'abduction moyenne. Il faut faire, en somme, ici, ce que nous faisions d'habitude pour la luxation congénitale de la hanche de façon à obtenir le maintien de la tête dans la cavité cotyloïde. Cette conduite a été adoptée par nous tous l'an dernier, ici même, lorsque nous avons discuté cette question, et les chirurgiens allemands l'adoptent également. Je le répète, nous devons lutter contre cette tendance qu'a le membre à aller en dedans. Nous éviterons ainsi la plupart des luxations consécutives.

Mais si le membre s'est déjà mis dans une attitude vicieuse définitive, au moment où l'enfant nous est conduit, il se présente alors deux méthodes à suivre pour le chirurgien : le redressement brusque et l'extension continue.

Je tiens à vous faire ma confession sur ce point de la question et à vous dire que je suis formellement opposé au redressement brusque dans toutes sortes de lésions tuberculeuses ostéo-articulaires. Mon avis est que cette opération réalise des inoculations de produits tuberculeux. Il est commun de voir les malades mourir, dans les deux ou trois mois qui suivent cette opération, par méningite tuberculeuse ou par d'autres localisations secondaires du bacille de Kock. Cette pratique est donc dangereuse. Pour ma part, j'ai vu cinq fois la méningite se produire, dans mon service des enfants assistés, depuis huit ans, à la suite du redressement brusque.

Je vais vous citer un fait qui me paraît être, à ce sujet, des plus instructifs. Une petite fille atteinte d'une coxalgie

ancienne, se présentant avec une attitude vicieuse de demi-flexion et adduction avec subluxation dans la fosse iliaque externe, est amenée à l'hôpital. Ne voulant pas rompre son ankylose, je fais, sous le chloroforme, la section du tenseur du fascia lata, je trouve sous ce muscle une collection de matière caséeuse dont nul signe clinique ne m'avait auparavant révélé la présence. Supposez que j'eusse fait chez cette enfant le redressement brusque, que serait-il arrivé? Je n'en sais rien, mais il est à supposer que nous aurions assisté à la production de quelque autre localisation tuberculeuse, une méningite en particulier.

Il y a donc des cas où nous devons traumatiser le moins possible.

Quand cette question du traumatisme des lésions tuberculeuses a été soulevée ici par Verneuil, on a dit, Trélat surtout, que le nombre des malades tuberculeux morts à la suite d'une opération n'était pas plus considérable que ceux des tuberculeux morts sans opération. On a dit que les méningites, en particulier, n'étaient que des accidents dus au hasard et non pas causés par des inoculations secondaires attribuables à l'action du traumatisme. Comme mon maître Verneuil, je ne suis pas de cet avis. J'ai observé cinq faits qui me tendent à croire que le traumatisme et, en particulier, le redressement brusque ont une action fâcheuse dans les affections tuberculeuses ostéo-articulaires. Il est possible qu'il y ait, de par ce redressement, une modification dans la tension intra-articulaire et que soit là le mécanisme de l'inoculation secondaire.

Je préfère donc le redressement lent au redressement forcé, et quand ce redressement lent ne saurait être obtenu par l'extension continue, nous avons toute facilité de faire des sections tendineuses, ainsi que le fait Lorenz; à la suite de ces sections, le redressement s'obtient facilement. Nous pouvons encore, quand il s'agit de la hanche, faire des ostéotomies sous-trochantériennes, ainsi que MM. Terrier, Hennequin, Broca et Le Dentu en ont déjà rapporté de nombreux cas.

J'en arrive enfin au traitement de la coxalgie suppurée sur lequel M. Ménard a voulu particulièrement appeler notre attention. Un point m'a frappé dans la communication de M. Ménard, c'est le grand nombre d'injections qu'il est obligé de faire dans les abcès coxalgiques. Il en fait, dit-il, huit ou dix. Pour ma part j'en fais beaucoup moins. Au lieu du naphtol camphré employé par M. Ménard, je suis resté fidèle à l'éther iodoformé. Je fais une première injection après ponction évacuatrice de l'abcès. J'en fais une seconde quelque temps après, trois semaines environ, si cela est nécessaire. Mais j'en fais rarement plus de deux. J'insiste de plus sur ce fait qu'il est inutile d'évacuer complètement l'abcès jusqu'à la dernière goutte avant de faire ces injections. Si le liquide de l'abcès est modifié par le liquide de l'injection, c'est-à-dire s'il devient une sérosité visqueuse, on voit la résorption s'opérer d'elle-même.

Je pourrais vous citer deux cas de coxalgie suppurée qui avaient paru aux médecins traitants être réfractaires à tout traitement et qui ont été merveilleusement guéris par l'éther iodoformé. Donc, ne faites pas trop de ponctions, ni des ponctions trop complètes et ne multipliez pas les injections, mais faites-les à des intervalles éloignés.

Quand il existe des fistules très étendues et que le traitement précédent n'est plus applicable, que faut-il faire? M. Ménard en arrive, lui, à la résection. Mais ces résections ne sont pas toujours aussi complètes qu'on veut bien le dire. M. Ménard ajoute, dans sa communication, que, en réséquant l'os, il poursuit les fongosités avec la curette jusque dans leurs derniers retranchements. Il fait, dit-il, le curettage intégral de l'articulation. Je ne crois pas utile d'aller aussi loin, jusque dans les derniers retranchements. Ici, encore, je suis partisan des opérations économiques, je tunnellise les jointures; je ménage l'os. Rappelez-vous l'enfant présenté ici, il y a quelques séances, dont j'ai tunnellisé le genou et chez lequel j'ai obtenu la guérison. D'ailleurs, je poursuis actuellement une enquête sur ces opérations économiques et je vous présenterai d'autres malades.

Sur ce dernier point donc, je me sépare complètement de M. Ménard. Le curettage intégral de M. Ménard est une définition un peu prétentieuse et en même temps une opération irréalisable et dangereuse. Soyons parcimonieux et n'allons pas extraire les fongosités tuberculeuses jusque dans leurs derniers retranchements.

En résumé, je suis d'autant plus conservateur dans cette chirurgie des tuberculoses ostéo-articulaires, que je compte sur le secours de l'état général du malade et que cet état général peut être considérablement amélioré par le milieu dans lequel il vit. A ce point de vue, M. Ménard opère dans d'excellentes conditions, et puisse venir le jour où nous aurons obtenu sur nos côtes maritimes la création d'un certain nombre d'hôpitaux semblables à celui de Berck-sur-Mer.

M. Reclus. — Un mot seulement au sujet de l'idée soutenue par Verneuil sur l'action du traumatisme dans les lésions tuberculeuses des os et des articulations. J'en ai parlé récemment avec M. Lannelongue qui me disait avoir dressé une statistique à ce sujet et avoir noté que la mort des individus opérés de tuberculose n'était pas plus fréquente que la mort des individus dont les tuberculoses diverses n'étaient pas opérées. Je n'ai vu cette statistique de M. Lannelongue nulle part et je rapporte là une simple conversation.

M. Kirmisson. — Je n'ai parlé, en fait d'opérations, que de la gravité du redressement dans les ankyloses d'origine tuberculeuse.

Traitement des fractures de la rotule.

M. Lejars. — J'ai opéré un malade qui s'était fracturé les deux rotules. J'ai fait, après arthrotomie et nettoyage de l'articulation, le cerclage des deux rotules avec un gros fil d'argent. Mon malade a parfaitement guéri.

Il y a, me semble-t-il, certaines indications au cerclage de la rotule fracturée :

a) D'une part, la *présence d'un petit fragment inférieur* ne permettant pas le passage du perforateur pour la suture osseuse.

b) D'autre part, l'*existence de fragments multiples* dans une fracture comminutive. J'ai opéré, dans ces conditions, un confrère américain qui avait fracturé sa rotule gauche et chez lequel les fragments formaient une sorte de mosaïque.

J'estime donc que le cerclage de la rotule est une excellente opération, on peut y joindre la suture à la soie des lambeaux périostiques et des ailerons rotuliens. C'est là une précaution que je n'ai pas manqué de prendre dans les six cas nouveaux que j'ai opérés par le procédé de M. Berger.

Ostéo-sarcôme de la jambe. — Radiographie avant et après l'opération.

M. Verchère. — Chez un malade atteint d'une grosse tumeur de la jambe, j'ai porté le diagnostic d'ostéo-sarcôme. Avant de me décider à une opération : simple ablation de la tumeur ou bien amputation. J'ai fait prendre, par le Dr Lacaille, des épreuves radiographiques. Voici ces épreuves. On y voit les limites de la tumeur et son implantation sur le tibia, sur une surface large comme celle d'une pièce de cinq francs. J'ai donc résolu de faire une simple ablation de la tumeur. Cette ablation a été facile. La tumeur était sous-aponévrotique et soulevait le soléaire. Le point d'implantation osseuse a été réséqué et l'os rugine.

Voici une nouvelle épreuve radiographique prise après l'opération. Il n'y a pas d'encoche osseuse au point d'implantation de la tumeur.

Y aura-t-il une récidive? Je n'en sais rien. Je n'ose espérer le contraire. En attendant, mon malade a conservé son membre, ce qui n'était pas indifférent chez un jeune homme de son âge.

Je présente enfin ces épreuves radiographiques comme une indication des avantages qu'elles peuvent fournir dans les tumeurs des membres.

M. Monod est nommé rapporteur.

Présentations de malades.

FRACTURE DE LA ROTULE ET RUPTURE DU TENDON ROTULIEN A SON INSERTION

M. Walther présente un malade qui, ayant été traité par la griffe pour une fracture de la rotule, s'est fracturé de nouveau la rotule.

M. Walther a fait la suture osseuse avec fil d'argent et obtenu la guérison par cal osseux. Un an plus tard, en 1891, le même malade est venu trouver M. Walther avec un traumatisme du genou qui pouvait faire croire tout d'abord à une nouvelle fracture. M. Walther a, de nouveau, opéré et trouvé, cette fois-ci, une rupture du tendon rotulien à son insertion. La cicatrice osseuse de l'ancienne fracture était parfaite; cette opération a permis de la constater de visu et de sortir en même temps les fils d'argent.

Pour la rupture tendineuse, M. Walther a fait une suture au fil d'argent. Le résultat a été parfait.

M. Routier. — J'ai observé une rupture semblable chez un monsieur âgé qui ne voulut pas d'une opération, pour laquelle de mon côté je n'avais pas été très persuasif. Je fis simplement l'immobilisation dans un plâtre. Le malade guérit et il a recouvré le libre usage de son membre. Je fais remarquer en même temps qu'il s'était produit dans les jours qui suivirent l'opération, un vaste épanchement de sang, pour lequel j'avais même été près de faire une ponction. Tout ce sang s'est résorbé facilement.

M. Monod. — J'ai observé deux faits superposables à celui de M. Routier.

M. Lucas-Championnière. — Le résultat obtenu par M. Walther est excellent, mais ces sutures du tendon du triceps se font avec la plus grande facilité. J'en dirai un mot prochainement, devant prendre part à la discussion sur les fractures de la rotule.

OSTÉO-SARCOME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

M. Gérard-Marchant présente un malade et sa photographie. La photographie a été prise avant l'opération, on y voit une volumineuse tumeur occupant le côté droit de la face et du cou, c'était un ostéo-sarcôme du maxillaire inférieur ayant envahi le maxillaire supérieur du même côté, et étant ulcéré à sa face externe.

M. Gérard-Marchant a pu enlever la tumeur, réséquer le maxillaire inférieur droit, et partie du maxillaire supérieur. Le malade a été opéré il y a cinq ans. Il présente un état esthétique *merveilleux* et il n'a pas eu de récidive.

FRACTURE DE LA ROTULE

M. Chaput présente un malade atteint de fracture de la rotule, chez lequel il a obtenu la guérison avec cal osseux par la simple suture périostique, selon son procédé.

M. Peyrot. — Il faut se méfier des beaux résultats semblables à celui que vient d'obtenir M. Chaput. Ces fractures de la rotule récidivent facilement. Le cal osseux lui-même se fracture, de là la nécessité de mettre d'autres éléments de soutien pour les fragments rotuliens. Le cerclage de la rotule présente à ce point de vue de sérieux avantages.

M. Lucas-Championnière. — La suture osseuse n'est pas une opération plus compliquée que la suture périostique, au contraire. Et, surtout, elle donne des points d'appui aux fragments osseux, des leviers qui protègent et fortifient l'os.

M. Reclus. — J'ai obtenu, autrefois, un beau résultat immédiat en suturant une rotule fracturée avec un seul fil d'argent. Le malade entra plus tard chez M. Monod qui l'opéra et constata une ruptnre de mon fil et aucune tendance à la cicatrisation osseuse. Cette fable montre qu'au lieu d'un seul fil d'argent il aurait fallu en mettre deux.

M. Chaput. — Je persiste à dire que la suture périostique est plus simple, plus facile et tout aussi sûre que la suture osseuse. Les fils d'argent présentent des inconvénients, ils peuvent perforer la peau, ils n'empêchent pas de nouvelles fractures.

ÉPITHÉLIOMA DU PLANCHER DE LA BOUCHE

M. J.-L. Faure présente un malade atteint d'épithélioma du plancher de la bouche ayant atteint la base de la langue et adhérent aux dents. M. Faure a enlevé la tumeur et fait le dédoublement de l'arc osseux du maxillaire inférieur aux dépens de la table antérieure de l'os. Les dents ont été toutes enlevées, la base de la langue a été fixée à l'arc osseux ainsi conservé. Le malade a été opéré il y a cinq mois. La langue reste parfaitement fixée.

CONTUSION DE L'ABDOMEN, DÉCHIRURE DE LA FACE INFÉRIEURE DU FOIE — SUTURE — GUÉRISON

M. Guinard. — Un malade atteint de contusion de l'abdomen, par coup de pied de cheval, est transporté à Lariboisière dans le service de M. Peyrot. Je suis appelé auprès de lui, comme chirurgien de garde, douze heures après l'accident. Le malade n'avait eu, comme symptôme, qu'un seul vomissement. Il présentait, à mon arrivée, quelques signes d'hémorrhagie interne.

J'ouvre l'abdomen. Je trouve un litre de sang environ dans la cavité péritonéale. Je vois l'épiploon gastro-hépatique désinséré de la face inférieure du foie mobile et saignant. Puis, sous ce foie, il y avait une déchirure de la face inférieure du tissu hépatique pour laquelle j'ai fait la suture avec de grosses soies espacées.

Le malade a guéri après nous avoir donné beaucoup d'inquiétudes.

Dans le mémoire de M. Terrier et Auvray, on ne signale que deux cas de suture du foie pour déchirure, et les deux malades sont morts. Voici donc, je crois, le premier cas de suture qui ait été suivi de guérison.

M. Peyrot est nommé rapporteur.

Présentation d'instrument.

M. Montprofit présente une double valve abdomino-vaginale, cette valve se compose d'une valve qui se recourbe en dehors sur le mont de Vénus et qui est pourvue de tenons; puis, d'une seconde valve, abdominale laquelle, écartant les parois de l'incision abdominale sus-pubienne, vient se fixer par des trous à la valve vaginale. Ces deux valves restent fixes, enserrant ainsi le pubis. Cet instrument ménage un aide, il assure beaucoup de facilité pour les opérations sur le petit bassin et en particulier pour les hystérectomies abdominales totales.

Présentation de pièce.

M. Routier présente un utérus bicorne enlevé par hystérectomie vaginale. La malade avait eu six grossesses et avait fait six fausses couches de cinq mois à sept mois et demi.

Sur cette pièce on voit un col unique et un corps utérin divisé en deux cavités. L'hystérectomie a été pénible.

M. Lejars dit avoir opéré un utérus cloisonné par hystérectomie, et insiste sur la difficulté de l'hystérectomie en pareil cas.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DU THORAX

Bactériologie du lait de femme et étiologie de la mastite.

M. Kœstlin (*Arch. f. Gynækol*, 1897, vol. LIII, p. 201, et *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 41, p. 483, 1897) a fait des recherches bactériologiques sur le lait des femmes enceintes, accouchées et de celles qui nourrissent. Dans 75 à 91 0/0 des cas, ce lait renferme des microorganismes, le plus souvent des staphylocoques blancs qui pénètrent du dehors en dedans, c'est-à-dire du mamelon en cheminant le long des canaux galactophores. Ces microorganismes ne provoquent d'habitude aucun phénomène morbide chez la mère ni chez l'enfant.

En cas de mastite, l'infection se propage par les lymphatiques en partant d'une érosion superficielle. Tantôt on observe la forme ordinaire de mastite produite par l'invasion des staphylocoques et principalement du staphylocoque doré, tantôt on trouve une sorte de pseudo-érysipèle avec abcès hétéro-mammaires produits par le streptocoque. Dans les deux cas, il ne s'agit pas d'une injection hématogène.

Kystes de la mamelle.

M. Leleux (de Béthune) (*Rev. prat. des Trav. de Méd.*, n° 21, p. 166, 1897) étudie, à propos d'une observation, les kystes de la mamelle, leur évolution, leur diagnostic et leur traitement.

Le kyste hydatique des mamelles se présente comme une petite tumeur indolente, ronde, régulière. La marche est lente. La tumeur reste stationnaire très longtemps;

puis, un beau jour, sous une influence inconnue, elle augmente un peu de volume, mais n'acquiert jamais des dimensions extraordinaires. A ce moment, elle est toujours bien arrondie, régulière, lisse, peut-être un peu fluctuante, élastique.

L'évolution finale de ces tumeurs kystiques est variable. Les unes restent indolores et indolentes pendant de longues années; les autres peuvent devenir douloureuses, et c'est en général un premier pas vers la suppuration du kyste, la peau devient adhérente, s'ulcère, le pus s'échappe et les membranes hydatiques s'éliminent petit à petit. Sur vingt-quatre cas, cette terminaison est signalée quatre fois.

Le diagnostic réel est difficile, car dans aucun cas le frémissement hydatique a été perçu, et au début tous les signes étant ceux d'une tumeur bénigne de la mamelle, c'est à cette idée qu'on s'arrête fatalement.

Lorsque la tumeur, indolore jusque-là, augmente de volume et devient douloureuse, il y a adhérence à la peau; il peut y avoir aussi des adhérences profondes et un ganglion axillaire. A ce moment le diagnostic peut être, tumeur maligne de la mamelle, épithéliôme ou sarcôme, et non plus tumeur bénigne.

Enfin, quand la tumeur s'est ulcérée, et qu'il y a une fistule, on peut penser à une mastite chronique, à une tuberculose de la mamelle; seule, la présence des vésicules ou l'examen de fragments de la paroi hydatique éliminés, pourront éclairer le diagnostic. Enfin, on pourrait peut-être être mis sur la voie, par la présence, dans un autre point de l'organisme, d'une tumeur hydatique.

Le pronostic est bénin, il est plutôt celui de l'opération bien ou mal faite.

Les modes d'intervention sont au nombre de trois : l'incision simple, l'incision suivie de l'ablation par décollement de la membrane hydatique, l'extirpation de toute la tumeur par une amputation de la mamelle.

Après l'incision simple, il faut que la poche s'élimine, cela nécessite un long travail avec les inconvénients de la suppuration.

L'incision suivie de l'ablation de la membrane hydatique n'a guère plus d'avantages : c'est une opération longue, minutieuse, incomplète souvent, qui laisse à sa suite un trou difficile à combler. Il faut mieux faire une amputation en taillant en plein tissu sain, au ras de la capsule conjonctive. C'est la conduite la plus chirurgicale et la plus sûre.

COU, CRANE, FACE

Troubles causés par les végétations adénoïdes, chez les adolescents et les adultes.

M. A. Bonain (de Brest) (Soc. franç. d'otol. et de laryng., séance annuelle du 3 au 6 mai 1897, *Indép. méd.*, nº 20, p. 160, 1897) estime important d'examiner le pharynx nasal des adolescents et des adultes, de même que chez l'enfant. Les troubles qu'occasionnent les végétations adénoïdes sont très variés. Il eut du succès par l'intervention opératoire dans les quatre cas ci-après rapportés : 1° Otite moyenne suppurée chronique, avec surdité, ozène nasale et céphalée pénible; 2° Surdité par obstruction des trompes et otite sèche; 3° Troubles respiratoires et aménorrhée; 4° Toux spasmodique datant d'un an et ayant résisté aux traitements médicamenteux les plus variés.

Contribution à l'étude des complications intra-crâniennes survenant dans le cours des suppurations voisines du crâne (oreille moyenne, sinus frontal).

M. Luc. — Ce travail concerne trois observations d'abcès cérébraux diagnostiqués et ouverts par l'auteur, dont deux du lobe frontal droit consécutifs à un empyème du sinus du même nom, et un du lobe sphénoïdal droit consécutif à une otorrhée. L'auteur insiste sur la latence extraordinaire de l'abcès cérébral, notamment dans les cas où son contenu peut s'évacuer librement.

En opposition avec cette latence de l'abcès encéphalique, M. Luc appelle l'attention sur les symptômes terrifiants qui peuvent résulter d'une simple infection de la surface externe de la dure-mère, et il cite deux cas où il suffit de pratiquer la dénudation et le nettoyage de cette membrane pour faire disparaître, comme par enchantement, ici un ensemble de symptômes simulant un début de méningite, dans le cours d'une otite aiguë, là une grande attaque éclamptiforme et comateuse, survenue cinq jours après un évidement pétro-mastoïdien.

M. Luc insiste sur les difficultés de diagnostic, parfois insurmontables, entre l'abcès sous-dural, la méningite et l'abcès cérébral. Ce problème ne sera généralement résolu, d'après lui, que par l'*opération exploratrice*, consistant à aller à la recherche du pus, dans un cas donné de complications intra-crâniennes, par une série d'étapes représentées par la dure-mère, la pie-mère et le tissu cérébral. Le pus est-il rencontré à l'une des premières étapes, on n'est autorisé à la franchir que si les accidents graves persistent après vingt-quatre heures au moins.

L'auteur condamne, au nom de ce principe, la pratique consistant à ponctionner le cerveau à travers la dure-mère intacte.

La dernière partie de la communication de M. Luc est consacrée au traitement chirurgical de l'abcès cérébral, et, tout particulièrement, aux détails des soins consécutifs à l'ouverture de l'abcès et à la question de son drainage, qu'il envisage comme la tâche la plus délicate et la plus laborieuse de ce traitement.

(*Indép. méd.*, nº 20, p. 159, 1897).

De l'otite moyenne et de ses complications.

A la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 3 au 6 mai 1897 (*Indép. méd.*, n° 20, p. 159, 1897), **M. C. Miot** communique les bons résultats qu'il a obtenus chez quatorze malades atteints d'une certaine variété d'otite moyenne sèche et chez lesquels il a pratiqué la perforation artificielle du tympan.

D'autre part, **M. Monnier** (de Paris) se rallie à l'ablation du tympan et des deux gros osselets. Il est pour la résection partielle de la paroi postéro-supérieure du conduit pour voir et dégager l'étrier. Cette résection osseuse doit être pratiquée par le conduit au moyen d'un instrument qu'il présente et qu'il nomme *protecteur-gouge*.

Et enfin **M. Bonain** (de Brest) dit que l'on constate souvent l'atteinte de la paroi interne de l'apophyse dans les opérations pour mastoïdite ou complications intracrâniennes de mastoïdite. Il y a également lieu de soupçonner dans certaines formes de mastoïdite celle qui consiste en une suppuration des cellules de la pointe de l'apophyse. L'auteur pense qu'il s'agit là d'un mode de terminaison de l'ostéo-périostite de la corticale interne. Si les lésions rencontrées ne rendent pas un compte suffisant des symptômes observés, il conseille l'exploration de la paroi interne et de la mise à nu du sinus.

Et **M. Moure** (de Bordeaux) communique trois observations concernant des malades atteints de complications cérébrales d'origine otique. Il insiste sur la difficulté de reconnaître cliniquement ces différentes complications et sur l'intervention nécessaire quand on soupçonne leur existence. L'auteur croit à la nécessité d'agir par l'oreille, dont les lésions conduisent souvent l'opérateur vers les parties du crâne atteintes par suite de l'affection otique.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Suture tubulaire des tendons.

M. Baldassari a répété, pour les tendons, les expériences que Esmarch et Neuber avaient entreprises pour les nerfs. On sait que ces deux auteurs ont préconisé de conduire, à l'encontre l'un de l'autre, les deux bouts d'un nerf sectionné au moyen d'un tube d'osséine; par ce procédé, Vaulair a réussi d'obtenir, dans plusieurs cas, la régénération totale d'un nerf important.

Pour les tendons, les résultats ont été excellents. M. Baldassari, expérimentant avec des lapins, a obtenu la réformation d'une grande longueur du tendon d'Achille dans presque tous les cas. Après résection d'une longueur de un centimètre du tendon, il place au niveau de la solution de continuité un petit os de cobaye, un fémur préalablement évidé, décalcifié, maintenu pendant plusieurs semaines dans l'alcool fort. Les deux bouts du tendon sont transfixés par un fil de catgut et introduits dans les orifices des deux extrémités. La plaie cutanée, refermée, guérit le plus souvent par première intention. Au bout de quelques semaines, on sent que le tube osseux devient de plus en plus ténu et se résorbe; il est remplacé petit à petit par une masse, assez molle au début, puis de plus en plus compacte, d'un tissu qui, à la fin d'un mois ou deux, présente la consistance d'un vrai tendon. L'examen histologique concorde avec ces données extérieures. On voit l'os comme enserré par un réseau de tissu conjonctif jeune; les fibres conjonctives pénètrent dans les canaux de travers, longent la cavité médullaire, vont à l'encontre l'une de l'autre. Un travail vaso-formatif actif se produit au sein de la substance osseuse directrice; les néo-capillaires apportent à la fois les éléments nutritifs au jeune tissu et les globules blancs qui, se fixant, constituent de nouvelles cellules tendineuses. A la totale résorption de l'os, le néo-tendon présente encore quelques éléments jeunes, mais bientôt il a absolument une structure adulte, et agit librement comme avant la section.

M. Baldassari a voulu répéter les mêmes expériences avec des tubes de verre; or, il est loin d'avoir obtenu les mêmes résultats : le tube s'entoure de tissu conjonctif condensé, mais aucune fibre ne s'engage à son intérieur; l'auteur attribue ces insuccès à la non porosité du verre qui le rend imperméable aux éléments cellulaires et aux vaisseaux nutritifs.

Comme conclusion, M. Baldassari conseille vivement la suture tubulaire des tendons sectionnés dont on n'arrive pas, de par la rétraction musculaire, à réunir les deux bouts.

(*Rev. clin. e terap.*, mars 1897 et *Bull. méd.*, n° 41, p. 485, 1897).

Traitement des ulcères variqueux.

M. Desfosses (*Presse médicale*, n° 41, p. 229, 1897) recommande le traitement des ulcères variqueux préconisés par M. Aubouin dans une thèse récente : *Traitement des ulcères variqueux par le pansement de Unna* (th. de Paris, 1897). Ce traitement consiste dans la série des manœuvres suivantes :

1° Savonnage soigneux de la jambe dans un bain de pied chaud, avec un savon de potasse, de façon à bien nettoyer et à dégraisser les téguments;

2° Essuyer la jambe avec un linge assez rude et la désinfecter au sublimé à 1 0/00;

3° Quand la jambe est bien nettoyée, on applique sur l'ulcère de la poudre d'iodoforme, de xéroforme, d'aristol ou de dermatol que l'on recouvre d'une mince couche d'ouate;

4° La région périphérique presque toujours eczémateuse est recouverte de pâte de Lassa :

Amidon.................. } Oxyde blanc de zinc..... }	āā 20 grammes.
Vaseline.................	40 —

5° On badigeonne ensuite toute la jambe, aussi bien la surface de l'ulcère que la région recouverte par la pâte de Lassa, avec la colle pâte de Unna fondue au bain-marie, et dont voici la formule :

Eau ....} Glycérine ....}	ââ 80 grammes.
Gélatine ....} Oxyde de zinc ....}	ââ 20 —

On applique ensuite une bande de tarlatane, par dessus celle-ci une bande de toile et le malade est renvoyé à ses occupations. Au bout de quelques jours, la sécrétion a traversé le pansement. On le change, en donnant un bain de pied pour ramollir la colle. Puis peu à peu les pansements s'effacent et la sécrétion se tarit.

Du massage dans le traitement des luxations récentes de l'épaule.

M. Massy (de Bordeaux) (*Sem. méd.*, n° 24, p. 196, 1897) conseille d'immobiliser les épaules réduites dans une écharpe à quatre chefs, de Mayor, et de commencer le massage sérieux de l'articulation au bout de quarante-huit heures. Ce massage comprendra les quatre épreuves classiques : Effleurage, frictions, pétrissage et tapotement. Ce massage sera pratiqué chaque jour pendant quinze minutes, avec une intensité proportionnée aux phénomènes réactionnels qu'on aura à combattre. Le bandage sera enlevé au bout de huit jours et remplacé par une écharpe que le blessé portera pendant huit autres jours.

Une fois le bandage contentif enlevé, on fera suivre chaque massage d'une mobilisation de plus en plus étendue de la jointure et on continuera ce traitement jusqu'à ce que la pression des doigts et les mouvements actifs ne réveillent plus la moindre douleur dans l'articulation et que les mouvements aient repris leur amplitude normale.

APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

Du traitement chirurgical de l'imperforation ano-rectale.

M. le Dr Maffei (de Bruxelles) rapporte dans la clinique (*Rev. des Trav. de Méd.*, n° 21, p. 166, 1897) l'observation d'un enfant atteint d'imperforation intestinale complète, opéré par M. Gevaert le dix-septième jour après la naissance, et qui a succombé malgré la colostomie iliaque. A cette occasion, il expose la conduite que doit tenir le chirurgien en pareille circonstance.

La question primordiale est de savoir où se trouve l'extrémité rectale du tube digestif et, pour élucider ce point la radiographie semble rendre de réels services.

Si l'examen du sujet indique suffisamment la situation de la terminaison de l'intestin, le chirurgien saura à quel procédé il devra recourir.

Ces procédés sont au nombre de quatre :

1° L'enfoncement d'un trocart dans la direction supposée, afin d'établir une fistule recto-anale que l'on élargira dans la suite.

2° La dissection, au moyen du bistouri, de la région, et abouchement à celle-ci du rectum.

3° La colostomie par voie lombaire, opération de Callissen et d'Amussat.

4° L'opération de Littre ou colostomie iliaque.

L'accord est unanime à l'heure actuelle pour rejeter la ponction faite soit avec le trocart soit avec le bistouri.

Des deux méthodes de colostomie, M. Maffei rejette celle de Callisen, l'anus lombaire étant bien plus gênant que l'anus iliaque, et l'avantage de ne pas intéresser le péritoine ayant perdu beaucoup de sa valeur depuis le règne de l'antisepsie.

Il ne reste donc que deux procédés, tous deux applicables à des cas déterminés, et l'on devra choisir l'un ou l'autre suivant les renseignements recueillis à l'examen.

La bonne conformation du bassin fait-elle supposer que l'ampoule rectale n'est pas éloignée, on aura tout avantage à l'attirer par la région anale ; le rapprochement des tubérosités ischiatiques ou toute autre raison fait-il croire, au contraire, à une absence complète du rectum ; l'opération de Littre s'imposera.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

De l'emploi du permanganate de potasse dans la thérapeutique des affections vésicales.

MM. Nogues et **Pasteau** ont étudié dans le service de M. le professeur Guyon l'action du permanganate de potasse comparativement à celle du nitrate d'argent dans le traitement des affections vésicales. Voici les résultats auxquels ils sont arrivés.

Le permanganate de potasse comme antiseptique vésical a une valeur très inférieure à celle du nitrate d'argent.

Cependant, il est à la fois moins douloureux et moins irritant et, à ce double titre, il peut rendre quelques services. C'est ainsi qu'on l'emploiera utilement dans les cas où, après avoir obtenu rapidement une grande amélioration, au bout d'un certain temps l'état reste stationnaire, et la guérison ne survient qu'en variant les topiques employés.

Il sera aussi avantageusement utilisé dans les cas où une chute de l'épithélium vésical trop abondante force à interrompre pendant deux ou trois jours les lavages de nitrate ; on pourra l'employer pour ne pas laisser à la vessie le temps de se réinfecter.

(*Rev. des Trav. de Méd.*, n° 21, p. 167, 1897).

LES LIVRES

Synthèse hydrologique, thérapeutique et clinique. Hydro-balnéaire des Pyrénées, par le Dr GARRIGOU. 2 vol., Rueff, 1897.

Sous ce titre, M. Garrigou a réuni en deux volumes les leçons qu'il a professées, en 1896, à la Faculté de médecine de Toulouse et à l'Ecole d'Hydrologie des Pyrénées.

Dans ce remarquable travail, M. Garrigou a amoncelé une somme considérable de documents scientifiques dont la connaissance sera des plus utiles à tous les médecins hydrologues.

Le premier volume est consacré à l'étude des questions générales ; historique de l'utilisation des eaux minérales et de l'enseignement de l'hydrologie ; origine, propriétés physiques, chimiques et physiologiques des eaux. Toutes ces questions sont traitées de main de maître, et avec un luxe de renseignements qui en rendent l'analyse aussi difficile que la lecture attrayante.

Signalons cependant les points les plus originaux.

M. Garrigou met bien en relief l'importance de l'union combinée de faibles doses d'un grand nombre de substances médicamenteuses, ainsi que cela s'observe dans les eaux minérales, pour produire des effets parfois surprenants.

Ayant découvert dans les eaux la présence d'un grand nombre de métaux, il est conduit à s'occuper incidemment de la métalloscopie.

Plusieurs leçons sont consacrées à la question capitale de l'absorption cutanée. Si la peau n'absorbe pas lorsqu'elle est saine, il n'en est plus de même lorsqu'elle est ramollie, lorsque son épiderme est décapé, et que la première couche cornée a été enlevée. Les courants électriques ont la propriété, ainsi qu'il résulte d'expériences récentes, d'aider puissamment à l'absorption de la peau. M. Garrigou est ainsi amené à étudier l'électricité dans les eaux minérales et à passer en revue les nombreux travaux qui ont paru sur ce sujet captivant.

Si, dans la première partie de ses leçons, M. Garrigou nous montre surtout ses qualités de savant et d'homme de laboratoire, dans la seconde, c'est le clinicien qui se révèle.

Il étudie les applications à la clinique thermale des eaux pyrénéennes, sur lesquelles il a déjà tant écrit, et qu'il connaît à fond.

« Eviter, dit-il, des déboires au monde médical, vis-à-vis de telle ou telle source, relativement au choix commandé par l'état du malade, empêcher ceux-ci de perdre leur temps par un emploi inconscient de telle ou telle station, donner à chaque source sa véritable valeur scientifique et médicale, telle a été surtout notre plus grande préoccupation ».

M. Garrigou a pleinement réussi dans la tâche qu'il s'était imposée. Grâce à lui, la science a fait un nouveau progrès, et la chaire d'hydrologie qu'il occupe si magistralement à la Faculté de Toulouse, va briller d'un nouvel éclat.

ESQUISSES D'HYDROLOGIE CLINIQUE

Salins-du-Jura.

Voici une station très anciennement réputée, où les baigneurs trouvent, avec le confortable, les distractions, les excursions, etc., une action thérapeutique de tout à fait premier ordre. Les sources minérales *bromo-chlorurées fortes* de Salins-du-Jura sont essentiellement reconstituantes dans les maladies chroniques, alors que la débilité domine et masque la forme pathologique. Par ce temps d'anarchie médicale, n'est-ce pas encore aux eaux minérales que l'on asseoit le mieux les bases curatives des diathèses et des graves états constitutionnels? Eh bien ! Salins nous représente la médication stimulante et révulsive, fondante et hématique, sédative et névrosthénique, la plus capable de ramener l'équilibre physiologique et de conjurer l'évolution de complications dangereuses.

La coquette station jurassienne convient surtout aux lymphatiques, qui demeurent au-dessous du type fonctionnel régulier et normal. Pour éloigner les imminences morbides, prévenir la tuberculose générale et guérir la tuberculose locale, activer l'hématose en enrichissant les globules rouges, développer les poumons, amplifier les réseaux capillaires, équilibrer enfin le système nerveux, rien n'est plus efficace que la cure salinoise. On y observe l'accélération organique dans les maladies par ralentissement nutritif; la suppression de la langueur vitale, la régénération de l'hémopoièse. Les succès y sont classiques dans les engorgements glandulo-cellulaires, les affections catarrhales des muqueuses, les parésies rhumatismales. Spécifique contre la scrofule, les abcès froids, le goître, les adénites tuberculeuses, les tumeurs blanches, mal de Pott, coxalgies, myosites et arthrites chroniques, paralysies infantiles, scoliose, etc., Salins-du-Jura donne des résultats supérieurs dans le traitement de l'ozène et de l'otorrhée, des anémies graves, des convalescences pénibles, des cachexies syphilitique et rhumatismale.

Comme toute chlorurée forte, la célèbre eau minérale du Jura s'applique au traitement rationnel des *gynécopathies :* stérilité par atonie utéro-ovarienne, métrites chroniques, leucorrhée rebelle, tumeurs fibreuses, etc., y trouvent la guérison certaine. On a recours aussi avec succès, à la cure salinoise, pour le traitement du paludisme, avec hypertrophie hépato-splénique et adénie (pathologie que rend de plus en plus commune notre expansion coloniale). En combattant la défibrination du

sang, Salins s'oppose à l'hydrémie et imprègne de principes l'économie tout entière. Aussi, l'albuminurie et l'uricémie chroniques, le diabète ancien, qui contre-indique l'emploi des alcalins, la chlorose rebelle, avec dysménorrhée, relèvent du traitement interne et externe, appliqué à l'Etablissement, avec toutes les ressources balnéaires modernes. L'eau en boisson agit comme résolutive et altérante; l'eau en topique est merveilleuse contre les plaies atoniques, les affections osseuses et articulaires, les fistules, fongosités, abcès ganglionnaires et autres, phlegmons des ligaments larges, périmétrites et paramétrites... Une admirable piscine offre les avantages, éminemment sédatifs, de la natation à eau courante : contre l'éréthisme nerveux, les symptômes hystériques, les scrofulides rebelles, les maladies dues à la nutrition retardante, rien ne vaut le bain de piscine à Salins...

Remarquons, d'ailleurs, que, parmi les eaux chlorurées, (dont la pathologie contemporaine, fondée, hélas! sur la débilité, a assuré la vogue, actuellement si remarquable), Salins-du-Jura est la *station dont la notoriété est assurément, la plus antique*. « La minéralisation exceptionnelle de ses eaux, dit Dujardin-Beaumetz, assure à Salins-du-Jura une supériorité d'action importante et d'ailleurs incontestée : le bromure de potassium, seul, lui confère une spécialisation précieuse et vraiment puissante au point de vue thérapeutique. » Cette opinion motivée était aussi celle de Trousseau, de Grisolle, de Gubler et de tous les cliniciens hydrologistes.

Dr May.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Concours pour le clinicat.

Un concours pour les emplois vacants ci-dessous de chefs de clinique s'ouvrira le lundi 28 juin 1897.

Il sera pourvu aux nominations suivantes :

Clinicat médical. — Trois chefs de clinique titulaires et trois chefs de clinique adjoints.

Clinicat chirurgical. — Deux chefs de clinique adjoints.

Clinicat obstétrical. — Un chef de clinique titulaire.

Clinicat des maladies mentales. — Deux chefs de clinique titulaires.

Clinicat des maladies nerveuses. — Un chef de clinique titulaire.

Clinicat ophtalmologique. — Un chef de clinique adjoint.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 16 juin 1897.

Sont admis à concourir : 1° pour les clinicats chirurgical, obstétrical et ophtalmologique : tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de 38 ans au jour de l'ouverture du concours; 2° pour les autres emplois vacants de chefs de clinique ci-dessus désignés : tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de 34 ans au jour de l'ouverture du concours.

Concours pour le prosectorat.

Ce concours a commencé le lundi 24 mai.

Le jury se compose de MM. Farabeuf, Tillaux, Terrier, Poirier et Ricard.

Voici les noms des candidats :

MM. Baradue, Bandet, Cunéo, Fredet, Gausset, Mouchet, Ombredanne, Pasteau, Savariaud, et Wiart.

Voici le sujet de la composition écrite :

Œsophage; anatomie et physiologie; corps étrangers de l'œsophage.

Concours pour l'adjuvat.

Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Veau, Dujarier, Roger, Herbet et Luys.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

Epreuve opératoire : Chevalier, 26; Souligoux, 26; Guillemain, 27; Thiéry, 27; Glantenay, 27; Mauclaire, 28; Auvray, 29; Launay, 29.

Epreuve orale : MM. Souligoux, 17; Chevalier, 20; Mauclaire, 20; Guillemain, 20; Thiéry, 18; Auvray, 17.

Epreuve clinique : MM. Chevalier, 19; Thiéry, 18; Mauclaire, 19.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Chevalier et Mauclaire.

Le jury pour le deuxième concours est définitivement composé de MM. Th. Anger, Marc Sée, B. Anger, Monod, Renault, Terrier, Chaput.

Concours d'accouchement.

Epreuve orale : MM. Wallich, 15; Demelin, 18; Chavane, 16; Dubrisay, 14; Schwaab, 15; Bouffe de Saint-Blaise, 18.

Epreuve opératoire : MM. Dubrisay, 11; Demelin, 14; Bouffe de Saint-Blaise, 12; Wallich, 17; Schwaab, 7; Chavane, 16.

Voici le nombre des points obtenus par les candidats admis aux épreuves définitives : MM. Demelin, 69 1/2; Wallich, 67; Bouffe de Saint-Blaise, 65; Chavane, 65; Schwaab, 59.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU.**

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

CAUSERIES DE L'HOPITAL COCHIN — M. PIERRE SEBILEAU

Traitement de l'hydrocèle vaginale.
(Suite.)

Donc, c'est de statistiques qu'on nous parle. Eh bien ! en voici des statistiques : Le Pr Duplay (1) n'a *jamais* observé de récidive. M. Debrochotow non plus (2). Le Dr Martin (de Calcutta) (2), sur près de 2,400 opérations, l'a constatée dans une proportion de *un* pour *cent*. Stolz (3) a fait un relevé de *deux et quart* pour *cent*. La statistique de Jafournoux (4) s'élève à *quatre* pour *cent;* celle de Gosselin (5) est de *six et demie* pour *cent* dans une série et de *dix* pour *cent* dans une autre; celle de M. Gleich (7) de *quatorze* pour *cent*; celle de Spalinger (8) de *quatorze et demie* pour *cent*; celle de Billroth (9) de *seize* pour *cent;* celle de Wendling (10) de *trente-trois* pour *cent*.

De zéro à trente-trois pour cent ! Est-il une plus amère critique de la statistique et une preuve plus amusante de sa pauvre insignifiance, au moins en l'espèce ? Mais raisonnons.

Eh bien ! non, ces chiffres ne prouvent, en effet, rien, et ils ne prouvent rien et ne peuvent rien prouver pour les raisons suivantes : C'est qu'ils nous laissent ignorer par qui, comment, avec quel liquide, pendant combien de temps, la cautérisation a été opérée, contre quelles variétés d'hydrocèle cette cautérisation a été dirigée, comment étaient les parois de la poche, quelle était l'ancienneté de la tumeur et quel âge avaient les malades. Or, tout cela est de première importance.

Consultez, par exemple, la statistique de Gleich : vous y verrez que chez les hommes au-dessus de 30 ans la récidive survient dans le septième des cas, alors que chez les jeunes gens elle se montre une fois sur trois. Or, ne saute-t-il pas aux yeux que cette différence considérable de *proportionnalité* tient à ce que, chez les jeunes gens, l'hydrocèle est, pour ainsi dire, toujours symptômatique (tuberculose épididymaire, petits kystes wolffiens, orchite ourlienne), tandis qu'au contraire l'hydrocèle de l'adulte répond le plus ordinairement aux types idiopathiques (lésions insignifiantes de sénilité épididymaire, petites plaques de vaginalite chronique, etc.), et ne devez-vous pas conclure de tout cela qu'il est impossible de rien tirer des chiffres, du reste tout à fait contradictoires, qu'on nous oppose, du

(1) SIMON DUPLAY : *Traité élémentaire de pathologie externe*, tome VII, fasc. II, p. 258. Masson 1883.

(2, 7) FÉLIX LEJARS : *Leçons de Chirurgie*, p. 387. Masson, 1895.

(3, 4, 6, 9) CH. MONOD et O. TERRILLON : *Traité des maladies du testicule et de ses annexes*, page 195 et 196. Masson, 1889.

(5, 10) EMILE FORGUE et PAUL RECLUS : *Traité de Thérapeutique chirurgicale*, tome II, p. 896. Masson 1892.

(8) SPALINGER : *Sur les résultats définitifs du traitement de l'hydrocèle par la ponction et l'injection iodée*. In *Sem. méd.*, 20 nov. 1895, p. 504.

moment qu'on ne nons donne pas, à propos des faits sur lesqnels ils reposent, tons les renseignements cliniques désirables ? Même, je vous dirai qu'en l'espèce, la statistique du chirurgien qui n'observe pas de récidive me paraît avoir infiniment plus de valeur que la statistique de celui qui la note dans 33 0/0 des cas, car leur comparaison prouve de deux choses l'une : on bien que, de ces deux chirurgiens, l'un sait le mannel opératoire de la ponction et de l'injection, tandis qne l'antre l'ignore ; ou bien que l'nn est assez bon clinicien pour appliquer à chaque malade la nature de l'intervention qui lui convieut (ponction ou cure radicale) ce dont l'antre se montre tout à fait incapable.

Mais j'accepte que, traitée par la ponction et l'injection irritante, l'hydrocèle vaginale — sans doute parce qne le diagnostic cansal n'est pas en tors cas à la portée du meilleur clinicien et que l'erreur est possible sur les indications thérapeutiques — j'accepte, dis-je, qu'ainsi traitée l'hydrocèle vaginale récidive quelqnefois. Et puis ? Est-ce donc qu'elle soit inconnue, cette récidive, après la cure radicale ? Assurément non. Dans le cours de cette année, à la consultation de l'hôpital Cochin, j'ai observé sur trois malades la réapparition de l'épanchement quelques mois après l'opération. Et qnelle avait été cette opération ? La cnre radicale qu'en mon absence on avait pratiquée. Je ne suis pas le seul, il est inutile de vons le dire, à avoir fait pareille constatation ; je crois même, comme Ch. Monod et O. Terrillon (1), que les exemples de récidive ne sont pas absolnmeut rares. A cet indiscutable fait on pent objecter, sans doute, que, ponr expliquer ces hydrocèles récidivantes, l'excision totale de la vaginale n'avait pent-être pas été pratiquée, ou bien qu'on n'avait pas pris le soin de provoquer par des cautérisations la symphyse vaginotesticulaire, et qu'an total, d'nne manière on d'nne autre, l'opération n'avait pas été complète. D'accord ; mais à la condition, bien entendu, que le même argument soit valable ponr expliquer les récidives aprés l'injection iodée. Et alors, quelle valeur conserve-t-il cet argument ? Il y a, du reste, nne raison très importante, vous allez le comprendre, pour laquelle les statistiqnes, si bonnes qu'elles soient, sont, par la force des choses, condamnées à donner la récidive comme plus fréquente après la ponction suivie de cautérisation qu'après l'emploi de la méthode sanglante et voici qnelle est cette raison : Pratiquer la cure radicale, c'est, avant tout, ouvrir la vaginale, c'est-à-dire se mettre en mesure de déconvrir toutes les lésions épididymo-testiculaircs qui ont pu provoquer la formation de l'épanchement. Qne l'on soit ainsi amené, au cours de la cure sanglante d'une hydrocèle idiopathique (vous savez ce que j'entends par là), à constater une lésion évidente (kyste épididymaire, corps étranger vaginal, noyau tubercnlenx), voilà que l'hydrocèle est déclarée symptomatique, et que sa récidive, si celle-ci survient ultérieurement, n'est point inscrite — et à juste titre — au passif de la méthode. Que vous traitiez, au contraire, la même hydrocèle par la ponction, cette ponction ne vous met évidemment pas à même de contrôler votre diagnostic *de visu*; l'hydrocèle reste alors tout simplement l'hydrocèle ; la véritable cause vous en échappc, et quand apparaît la récidive, c'est un insuccès qui charge le bilan du procédé.

En matière de *facilité*, la méthode sanglante doit évidemment céder le pas à la ponction : « Il n'est pas douteux, disait F. Lejars (1) au cours d'une récente leçon dans laquelle il faisait le procès dc la ponction et prônait la cure radicale, qne celle-ci, pour être bien faite et inoffensive, exige plus de soins, nne technique nn peu plus complexe, une habitude un peu plus grande des opérations, et c'est précisément pour cela qu'elle ne saurait donner tout ce qu'elle vaut entre toutes les mains ». Et c'est aussi précisément pour cette excellente raison qu'à vous, qui venez apprendre ici la clinique chirurgicale conrante, la clinique que vous appliquerez plus tard au milieu des conditions si souveut défectneuses de l'exercice de la clientèle et non pas celle que peuvent appliquer vos maîtres, forts qu'ils sont de leur habitude des choses de la chirurgie et de la bonne organisation de leurs services, c'est pour celà, dis-je, qu'à vons je répète : « Faites la ponction et l'injection iodée. Elle est simple, facile, inuocente et efficace ».

(*A suivre.*)

(1) Ch. Monod et O. Terrillon : *Traité des maladies du testicule et de ses annexes*, p. 216. Masson, 1889.

(1) Félix Lejars : *Leçons de chirurgie*, p. 384, Masson, 1895.

TRAVAUX ORIGINAUX

Étude sur les sensations illusoires des amputés (1).

Par le Dr A. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

(Suite.)

II

Deux théories ont été proposées pour expliquer les sensations illusoires des amputés. L'une admet que l'illusion est centrale, psychique, intellectuelle; l'autre, qu'elle est liée à l'irritation des extrémités nerveuses sectionnées par l'amputation. D'après la première, si l'amputé s'imagine encore sentir son membre absent, c'est par un effet de l'habitude, par une illusion de la mémoire; d'après la seconde, l'erreur de la conscience est causée et entretenue par des excitations périphériques partant incessamment des nerfs du moignon.

La théorie psychique qui était jadis universellement acceptée a perdu beaucoup de terrain. Elle ne compte plus aujourd'hui que de rares partisans. La théorie physiologique, au contraire, a conquis peu à peu les suffrages de la grande majorité des observateurs. Elle s'appuie sur deux des lois de J. Muller relatives à la transmission des impressions sensitives. La première est ainsi conçue : « Lorsqu'un tronc nerveux est irrité, toutes les parties qui en reçoivent les branches ont le sentiment de l'irritation, et l'effet est alors le même que si les dernières ramifications de ce nerf avaient été irritées toutes à la fois. » D'où il résulte que l'irritation de ses terminaisons. L'impression née dans le tronc du nerf est perçue comme si elle avait pris naissance à ses extrémités périphériques. Selon l'expression de Bichat, « le cerveau se méprend sur la sensation qui lui arrive et il la rapporte à une partie où elle ne naît point ».

La deuxième loi n'est, en quelque sorte, que l'application aux cas qui nous occupent du principe posé dans la première. En voici l'énoncé : « Lorsque le membre dans lequel se répand un tronc nerveux a été enlevé par une amputation, ce tronc, attendu qu'il renferme l'ensemble de toutes les fibres primitivement raccourcies, peut avoir les mêmes sensations que si le membre existait encore (1). »

La théorie de la sensation illusoire des amputés est facilement déduite des lois précédentes. M. Bernstein la formule ainsi :

« Dans le moignon du membre amputé, on rencontre les troncs nerveux coupés qui fournissent les filets sensibles à tout le membre. Or, dans la cicatrice guérie, il existe souvent des causes d'irritation pour les troncs nerveux, et comme cette excitation nerveuse est projetée au cerveau, elle produit une sensation et réveille en même temps, par habitude pour ainsi dire, l'image de la partie du corps où les filaments nerveux se terminaient naturellement. Le cerveau transporte alors par l'habitude acquise cette sensation dans le membre du corps d'où partent les nerfs excités, même lorsque ce membre n'existe plus (2). »

Cette théorie est devenue classique. Il est certain que la plupart des sensations illusoires des amputés sont subordonnées à l'irritation des filets nerveux du moignon. Mais on peut se demander si, à côté des sensations d'origine périphérique, il n'y en a pas d'autres, de cause centrale et purement centrale. Quand, par exemple, un amputé du bras s'imagine mouvoir les doigts de la main qui lui manque, est-ce que l'illusion motrice n'est pas uniquement subordonnée à la représentation mentale du mouvement conçu et voulu par le cerveau? De même, lorsqu'un amputé de cuisse se figure éprouver une sensation de froid à son pied fantôme pour avoir plongé son pilon dans une flaque d'eau, est-ce que l'impression qu'il ressent à l'extrémité absente n'est pas la répercussion vers la périphérie d'une représentation sensorielle indépendante de toute excitation périphérique? Pour répondre à ces questions, il convient d'étudier séparément les diverses espèces de sensations illusoires qu'éprouvent les amputés. Elles sont de trois ordres :

1° La sensation permanente et en quelque sorte statique de l'existence du membre perdu;

2° Les illusions psycho-motrices, par suite desquelles l'amputé s'imagine mouvoir les différents segments du membre qui lui manque;

3° Les illusions psycho-sensitives en vertu desquelles l'amputé se figure percevoir, au niveau de

(1) Extrait des *Annales médico-psychologiques*, janvier-février 1897.

(1) J. Muller : *Physiologie du système nerveux*, traduction française par Jourdan, 2 vol. in-8°. Paris, 1840, t. I, p. 159 et 173.

(2) Bernstein : *Les Sens*, 1 vol. in-8° de la Bibliothèque scientifique internationale. Alcan, éditeur, Paris, 1876, p. 22.

l'extrémité fantôme, des sensations dont les images sont évoquées dans son esprit, soit par des associations involontaires, soit par une application voulue et consciente de l'attention.

Nous analyserons successivement les conditions de production de chacun de ces groupes de phénomènes.

I. — Sensation illusoire de la permanence des membres amputés.

Les preuves abondent pour démontrer que l'illusion permanente de l'existence des membres perdus a pour point de départ nécessaire des excitations partant des nerfs contenus dans les cicatrices des moignons.

Les principales sont les suivantes :

A : — Modifications de l'illusion par suite d'excitations diverses portant sur les moignons. — Nous avons incidemment indiqué, dans les pages qui précèdent, quelques-unes de ces modifications. Nous avons vu que certains amputés ont chaud ou froid à leurs extrémités fantômes selon que leur moignon est lui-même chaud ou froid. Nous avons noté également que, chez plusieurs sujets, la sensation du fantôme est modifiée par l'application des appareils enserrant le moignon. Nous savons enfin, que beaucoup d'amputés calment les démangeaisons, les engourdissements, ou les douleurs qu'ils éprouvent dans les extrémités fantômes, en grattant le moignon, en le frictionnant ou en le plongeant dans l'eau froide.

Des expériences faciles à reproduire et que nous avons très souvent répétées mettraient, s'il en était encore besoin, au-dessus de toute contestation, la répercussion sur le fantôme des excitations des moignons ou des nerfs du tronçon du membre dont une partie a été amputée.

La réfrigération du moignon provoque presque toujours un engourdissement pénible du fantôme; l'application d'une ligature serrée sur le tronçon conservé du membre détermine des fourmillements désagréables que le sujet rapporte à l'extrémité absente; chez les amputés de l'avant-bras ou de la main, la percussion du nerf cubital dans la gouttière olécrânienne, au coude, donne lieu à une vibration douloureuse nettement localisée au côté externe de la main fantôme, etc., etc.

N'insistons pas davantage sur ces faits qui sont bien connus et passons tout de suite à des expériences plus précises et plus nouvelles.

B. — Perception au niveau du fantôme des piqûres pratiquées sur la cicatrice du moignon. — Lorsqu'on pique légèrement la peau qui forme le moignon, le sujet localise exactement la perception de la piqûre sur le point du tégument où a été appliquée l'excitation. Mais, lorsqu'on pique la cicatrice elle-même, on observe souvent un phénomène sur lequel, ce nous semble, l'attention n'a pas été, jusqu'à présent, suffisamment fixée. Le sujet sent très bien qu'on le pique, mais il localise la piqûre sur l'extrémité fantôme, en un point qui varie selon l'endroit où l'aiguille a touché la cicatrice. Dans plusieurs cas d'amputation de l'avant-bras, nous avons pu ainsi, en piquant différents points de la cicatrice, donner aux malades l'illusion que nous les piquions au bout de l'index, à la face dorsale du petit doigt, au milieu de la paume ou du dos de la main, etc.

Cette expérience est importante parce qu'elle montre que les filets nerveux compris dans la cicatrice y conservent toute leur indépendance fonctionnelle et que l'excitation isolée de chacun d'eux donne lien à des sensations bien distinctes qui, conformément aux lois de J. Muller, sont rapportées par les sujets aux extrémités périphériques des nerfs excités.

Je dois dire, pour être absolument sincère, que ces effets hétérotiques des piqûres expérimentales des cicatrices ne sont pas également nets chez tous les sujets. Sur vingt amputés, chez lesquels je les ai attentivement recherchés, je n'ai pu les mettre en évidence que neuf fois. Dans les onze autres cas, il m'a été impossible de les constater. Il n'est pas inutile de noter à ce propos que, sur ces onze cas, quatre se rapportaient à des malades qui n'avaient plus, depuis longtemps, la sensation illusoire de l'existence de leur membre amputé. Mais, chez les sept autres, la sensation du membre fantôme était très nette, très vivace. Il faut conclure de l'ensemble de ces observations, que l'hétérotopie sensitive, telle qu'elle peut être mise en évidence par le procédé des piqûres superficielles des cicatrices, n'est pas une condition nécessaire de la sensation illusoire des amputés. On comprend, à la réflexion, qu'il doive en être ainsi. Le mode de cicatrisation des nerfs dans les plaies d'amputation est extrêmement variable. Parfois, les filets se terminent dans les névrômes qui se forment presque toujours au niveau central des nerfs sectionnés. D'autres fois, ils poussent des prolongements qui s'étendent jusqu'aux parties les plus superficielles de la cicatrice. Il est, dès lors, évident que les piqûres légères du tissu cicatriciel ne peuvent pas avoir des effets identiques dans tous les cas.

Mais l'hétérotopie sensitive n'en fournit pas moins,

quand elle existe, l'explication d'une foule de particularités sur lesquelles les amputés attirent souvent l'attention. Ainsi, un de nos amputés du bras éprouve, quand son moignon est en transpiration, une sensation qui le surprend toujours : Il sent, dit-il, avec une netteté parfaite, les gouttelettes de sueur perler et glisser sur la main absente. Beaucoup d'autres, quand ils éprouvent des démangeaisons désagréables à l'extrémité fantôme, les font cesser en grattant le moignon. Il leur semble que la friction a lieu sur le point même où ils ressentent les démangeaisons. Nous avons précédemment indiqué les modifications que l'abaissement ou l'élévation de la température des moignons impriment aux sensations de chaud ou de froid perçues dans le membre fantôme. Tous ces faits, si curieux en apparence, trouvent leur explication naturelle dans les phénomènes d'hétérotopie sensitive dont sont le siège les cicatrices d'amputation.

C. — Reviviscence temporaire des sensations illusoires par la faradisation des moignons. — Weir Mitchell a découvert que lorsqu'un amputé a perdu (même depuis fort longtemps) la sensation de l'existence du membre enlevé, la faradisation du moignon ou des nerfs sus-jacents suffit souvent pour faire reparaître aussitôt l'illusion de l'extrémité fantôme. « Récemment, raconte-t-il, j'électrisais ainsi un homme qui avait subi une désarticulation de l'épaule, sans l'avoir averti du résultat possible de cette opération. Depuis deux ans, il avait cessé de ressentir l'illusion de la présence de son bras. Au moment où le courant électrique traverse le plexus brachial : Oh ! ma main ! ma main ! se mit-il à crier ; et il faisait des efforts pour saisir le membre absent. Le fantôme que j'avais évoqué disparut rapidement; mais l'homme était resté stupéfait du caractère de frappante réalité qu'il avait revêtu (1). »

Nous avons eu maintes fois l'occasion de répéter l'expérience de Weir Mitchell, et souvent avec des résultats d'une surprenante netteté. Il n'est pas nécessaire, pour obtenir la reviviscence des fantômes, que les courants employés soient très énergiques. Il n'est pas nécessaire, non plus, qu'ils soient dirigés sur les muscles ou les nerfs du tronçon du membre restant. Des courants alternatifs légers, à interruptions rapides, traversant la cicatrice, déterminent des reviviscences très nettes des sensations illusoires (2).

(1) Weir Mitchell : *Loc. cit.*, p. 382.

(2) Si les courants servant à l'expérience sont intenses, ils déterminent, en même temps que la reviviscence de la sensation du membre absent, un engourdissement douloureux de l'extrémité fantôme.

Nous avons parfois employé, pour les provoquer, des bains électriques du moignon. Une large électrode étant appliquée sur le thorax du malade, et l'autre enfouie dans un vase rempli d'eau, le moignon était simplement placé au contact du liquide, et aussitôt qu'il était mouillé, la sensation illusoire se produisait.

Chez les sujets dont la sensation illusoire n'est pas perdue, l'électrisation des moignons en modifie presque toujours les caractères. Elle devient plus nette, plus précise, plus forte. De plus, il arrive souvent que l'extrémité fantôme qui semblait rapetissée, ratatinée et rapprochée de la cicatrice, paraît devenir plus volumineuse et reprendre sa position normale au bout du membre.

D. — Effacement et disparition temporaires des sensations illusoires par les injections de cocaïne au-dessous de la cicatrice des moignons. — De même qu'il est possible de faire reparaître, lorsqu'elle n'existait plus depuis longtemps, la sensation illusoire des amputés, en excitant par l'électricité les filets nerveux sensitifs qui se trouvent dans la cicatrice des moignons, de même, on peut, lorsque l'illusion du fantôme existe, la faire disparaître en anesthésiant assez profondément les nerfs sous-jacents de la cicatrice (1). Ce résultat est facilement obtenu par les injections de cocaïne. Si on injecte, à l'aide d'une seringue de Pravaz, sous la cicatrice du moignon d'un amputé ayant la sensation très nette de l'existence de l'extrémité perdue, un centimètre cube de solution de cocaïne à 1 0/0, il se produit tout d'abord une exagération de la vivacité de la sensation illusoire. Puis, après quelques minutes, quand la douleur produite par la piqûre est passée, la sensation du fantôme s'atténue rapidement et elle disparaît tout à fait. Elle revient graduellement un peu plus tard à mesure que le liquide injecté se résorbe.

Tant que dure le phénomène de la disparition du fantôme, les sujets ne localisent aucune sensation

(1) J'avais espéré, tout d'abord, pouvoir réaliser cette expérience en pulvérisant sur les moignons de l'éther ou du chlorure de méthyle. Mais la réfrigération ainsi produite a déterminé des douleurs assez vives et n'a pas abouti au résultat attendu. La raison en est facile à trouver. Au-dessus des parties anesthésiées par ces procédés, les nerfs restés sensibles, sont impressionnés par le froid. Il y a bien une anesthésie locale et superficielle de la peau ; mais il y a aussi une excitation sensitive qui, partant du voisinage des régions anesthésiées, se transmet au cerveau et complique les effets de l'expérience.

dans le membre absent. Les piqûres de la cicatrice ne sont plus perçues dans l'extrémité fantôme, les mouvements imaginaires des doigts ou des orteils sont totalement abolis. Les sujets qui croyaient auparavant pouvoir exécuter des mouvements des doigts ou des orteils manquant n'en sont plus capables.

Tous les faits que nous venons d'exposer démontrent que l'illusion en vertu de laquelle l'amputé s'imagine porter, à la place de l'extrémité qu'il a perdue, « un membre fantôme qui le suit partout », est étroitement liée à l'état des nerfs contenus dans la cicatrice du moignon. Elle disparaît quand on anesthésie ces nerfs par la cocaïne; elle reparaît quand on les excite par la faradisation; elle se modifie au gré de l'observateur quand on change les conditions physiques des moignons; elle est évidemment subordonnée au degré de sensibilité et de réactivité des filets nerveux contenus dans la cicatrice de l'amputation.

A l'état normal, le sentiment que nous avons de l'existence de nos membres dépend aussi de la transmission au cerveau des excitations des nerfs de la peau, des os, des articulations, des muscles. Quand les troncs nerveux des membres on été sectionnés, l'irritation de leur bout central remplace les excitations physiologiques, et crée l'illusion de la personnalité, en vertu de laquelle l'amputé se figure avoir conservé le membre qui lui manque.

Cette illusion n'est pas fatale. Nous avons vu, précédemment, que certains amputés ne l'éprouvent jamais, et montré que son absence tient à des causes locales. Il est très vraisemblable qu'elle est liée au mode de cicatrisation des nerfs sectionnés. Si leur cicatrisation est parfaite, il n'y a pas de cause d'irritation et, par conséquent, pas de sensations illusoires. Si, au contraire, elle est irrégulière; si des bourgeonnements cylindraxiles sont étroitement comprimés dans les névrômes terminaux qui se forment si souvent à l'extrémité des nerfs coupés; si des filets nerveux aberrants sont tiraillés par le tissu cicatriciel; si, surtout, des altérations inflammatoires ascendantes se produisent dans les troncs nerveux, alors la sensation illusoire se manifeste et s'accompagne de douleurs aiguës dans l'extrémité fantôme.

En présence de ces faits, il est légitime de se demander si les chirurgiens ne pourraient pas épargner à leurs amputés les souffrances résultant des sensations illusoires consécutives, en assurant la cicatrisation régulière des troncs nerveux, par l'application de quelques points de suture sur l'extrémité libre du bout central de ces troncs nerveux. L'induction est logique, mais l'expérience seule peut en démontrer le bien ou le mal fondé. Elle mériterait, semble-t-il, d'être tentée.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juin. — Présidence de M. DELENS.

Extirpation du rectum cancéreux.

M. Reclus lit une communication de **M. Auguste Rewerdin** (de Genève), sur ce sujet :

Cette communication fait suite aux observations publiées à la Société de Chirurgie par MM. Chalot et Gaudier et au rapport lu par M. Quénu sur le travail de ce dernier auteur.

M. Auguste Rewerdin constate que l'enthousiasme s'est considérablement refroidi pour l'opération de Kraske. Avec cette opération, rares sont les absences de récidives et plus rares encore les guérisons parfaites. Mais beaucoup de malades meurent quelque temps après l'opération, d'autres qui survivent ont des fistules interminables et la plupart récidivent, enfin, après une guérison apparente.

Il ne s'ensuit pas, de là, qu'il faille condamner l'opération de Kraske, mais il s'ensuit qu'il faut restreindre de plus en plus cette opération.

Mais alors, à quelle opération se résoudre? M. Auguste Rewerdin formule ici l'opinion suivante : on doit considérer le rectum cancéreux comme indigne de rester en place et il faut le supprimer comme on supprimerait une tumeur.

Dans ce but, il convient d'établir d'abord un anus iliaque artificiel et définitif. Pendant cette opération, on prend le soin de fermer l'orifice de l'extrémité périphérique de l'S iliaque.

Ensuite, on pratique dans un second temps l'extirpation du rectum, par la voie périnéale, y compris l'anus.

M. Auguste Rewerdin cite des malades opérés ainsi par lui avec succès et il proclame l'extirpation du rectum cancéreux comme étant l'opération de l'avenir.

M. Quénu. — Je ne veux pas entamer aujourd'hui une discussion sur la communication de M. Auguste Rewerdin. M. Auguste Rewerdin me paraît seulement être passé trop rapidement sur l'historique de la question de l'extirpation du rectum cancéreux. Depuis mon rapport sur l'observation de M. Gaudier (de Lille), j'ai, en effet, publié ici un certain nombre de faits relatifs à cette opération, faits dans lesquels j'ai décrit, comme un procédé ori-

ginal, l'extirpation du rectum cancéreux avec une technique fort semblable à celle que M. Auguste Rewerdin vient de nous envoyer.

Traitement de la coxalgie.

M. Broca. — M. Kirmisson a élargi le débat soulevé par la communication de M. Ménard et parlé du traitement de la coxalgie tout entière. Je suivrai donc les différents points traités par M. Kirmisson.

Il est, pour moi, de toute évidence que le traitement de la coxalgie doit être, avant tout, un traitement conservateur. A ce point de vue, je suis en complet accord avec M. Kirmisson. C'est, d'ailleurs, là, l'avis de beaucoup de chirurgiens. On en voit qui se lancent de temps en temps dans les résections, mais leur nombre va diminuant tous les jours. C'est une opération mauvaise et on l'abandonne. Dans la coxalgie non suppurée, dont nous parlons ici, je ne suis pas partisan de l'immobilisation, je lui préfère l'extension continue par l'appareil de M. Lannelongue et non par la gouttière de Bonnet. Cet appareil permet de transporter l'enfant, il permet de surveiller la région malade. Ainsi donc, sans nier les avantages que M. Kirmisson a pu retirer de l'immobilisation dans un appareil plâtré, je préfère l'extension continue. M. Kirmisson reproche à l'appareil de M. Lannelongue de laisser se produire des déviations du membre. Je puis garantir qu'avec une extension bien dirigée sur un membre non encore dans une attitude vicieuse, aucune déviation ne se produit. C'est là mon seul désaccord avec M. Kirmisson.

Quant à ce qu'il dit du redressement et de ses graves conséquences, en cas d'attitudes vicieuses, je n'ai qu'à répéter les données de M. Lannelongue qui sont aussi les miennes. Je n'ai pas observé de cas d'auto-inoculation tuberculeuse manifeste après le traumatisme subi par les articulations tuberculeuses redressées.

Au point de vue du traitement des abcès de la coxalgie, je ne puis que dire encore ce qu'a dit M. Kirmisson. Comme lui, je suis revenu à l'éther iodoformé.

J'insisterai, enfin, sur le curettage intégral de la hanche. Pour mon compte, je ne garantis pas pouvoir le faire quand il s'agit du genou ou du coude, *à fortiori* s'il s'agit de la hanche. Il n'est ni prudent, ni possible d'aller faire une opération radicale dans un cotyle surtout, comme l'a fait M. Ménard, avec réunion immédiate sans drainage.

Je ne dirai rien du traitement des déviations intimes de la coxalgie sur lesquelles tout le monde s'entend.

M. Brun. — Je ne suis pas d'accord avec M. Ménard sur le traitement de la coxalgie. Je me rapproche, au contraire, de M. Kirmisson. Comme lui, je préfère employer au début, à l'encontre de M. Broca, l'immobilisation dans un appareil plâtré plutôt que l'extension continue. L'extension continue, je ne la conserve que quand il y a de la douleur, auquel cas elle produit véritablement des merveilles.

J'ai donc recours aux grands appareils plâtrés. Ils n'ont pas les inconvénients que leur attribue M. Broca. Ils ne laissent point, par exemple, passer d'abcès inaperçus, au contraire, tous les enfants marchent dès qu'ils ne souffrent plus et nous pouvons ainsi, par ce procédé, à l'hôpital des enfants malades, soigner un grand nombre de jeunes coxalgiques sans les hospitaliser. Contrairement à M. Broca, encore, je suis d'avis que l'appareil plâtré prévient davantage les déviations que l'extension continue. Si, avec l'extension continue, vous ne surveillez pas les enfants très soigneusement, vous pourrez éviter les déviations; sinon, vous ne les éviterez pas. N'est-ce pas malheureusement cette dernière alternative qui est la plus fréquente? Il est probable que l'insuffisance de l'extension est alors la cause de ces déviations.

Quand je suis en présence d'une position vicieuse fixe, je n'hésite pas à pratiquer le redressement forcé, sous le sommeil chloroformique. J'ai cependant lu tout ce qui a été dit sur les auto-inoculations consécutives au traumatisme des jointures tuberculeuses. Voici, à ce sujet, ma propre expérience: J'ai vu une seule fois un malade mourir de méningite tuberculeuse trois semaines après le redressement d'une coxalgie en position vicieuse. D'autre part, j'ai, depuis trois ans, cinq observations d'enfants dont les jointures n'avaient pas subi de traumatismes opératoires et qui cependant sont morts de méningite tuberculeuse. Ces faits ne sont-ils pas concluants? La méningite paraît être la manière de mourir pour tous les malades atteints de tuberculose locale. Autres faits: J'ai vu un enfant atteint d'adénite cervicale tuberculeuse, mourir de méningite au moment où j'allais l'opérer. S'il était mort huit jours plus tard, on aurait accusé l'auto-inoculation. Récemment encore on m'amène un enfant atteint de déviations coxalgiques que je puis réduire sans redressement forcé et sans chloroforme. Cet enfant est mort trois semaines plus tard de méningite tuberculeuse.

Voilà donc un seul cas où l'auto-inoculation a été nette. Pour moi, ma conviction est faite et je ne crains pas, je le répète, d'affronter le redressement brusque.

Devant les abcès, ma conduite diffère légèrement de celle de M. Ménard. Je n'ai habituellement pas recours à une série d'injections d'éther iodoformé. J'en fais une, à peine, pour modifier le milieu. Plus tard, j'ouvre largement l'abcès, je le curette et je le bourre de gaze.

Quant au curettage intégral, il me paraît difficile à faire, surtout avec une réunion par première intention.

Dans les cas, enfin, de lésions étendues, je fais encore des opérations économiques, une foule de petites interventions, injections, curettages des trajets et surtout l'immobilisation.

M. Reynier. — Nous paraissons être à peu près tous

d'accord sur le traitement de la coxalgie. Si le choix des appareils paraît seul différer, c'est que l'on ne tient pas assez compte du milieu social dans lequel cet appareil doit être placé. Il est évident que nous ne pouvons pas traiter le malade de la ville comme nous traitons le malade de l'hôpital. Ce qu'il faut, avant tout, c'est que le malade puisse respirer l'air du dehors, sortir et jouir du soleil. Mais, en vérité, en dehors de la question de prix, les différents appareils répondent tous à des avantages particuliers. La gouttière de Bonnet, dont on ne parle guère ici, me paraît avoir pour les malades riches, et qui peuvent changer de milieu, de merveilleux avantages, surtout que cette gouttière permet l'extension du membre. Mais il est évident que cette gouttière nécessite une grande surveillance des enfants et un soigneux entretien.

Je le répète, il y a donc une grande différence entre la façon de soigner les gens du monde et les malades de l'hôpital. Il faut tenir compte de la situation de fortune avant de s'arrêter à tel ou tel appareil, mais bien savoir que tous les appareils ont certainement des avantages indéniables. Seulement, chacun a son indication de moment, de lieu, etc.

Je n'hésite jamais, pour ma part, à faire le redressement brusque d'une jointure en attitude vicieuse, quand elle est atteinte de tuberculose.

A propos du traitement des abcès, tout le monde s'accorde à critiquer M. Ménard. Mais il faut bien savoir que M. Ménard opère dans de meilleures conditions que nous, à Berk-sur-Mer, et qu'il est considérablement aidé dans ses opérations par les conditions climatériques du milieu dans lequel il opère.

M. Quénu. — J'ai vu, depuis douze ans, un très grand nombre de coxalgiques au dispensaire de Clichy-Levallois.

Les coxalgiques sans grande déviation je les soigne comme M. Broca par l'appareil à extension continue de M. Lannelongue. Cet appareil est peu coûteux, les ouvriers dont je soigne les enfants ont vite fait de l'improviser. M. Brun reproche à cet appareil d'exiger une trop grande surveillance. Mais c'est le contraire qui est vrai, et, à la vérité, on pourrait dire que rien n'exige une plus grande surveillance qu'un appareil plâtré. L'enfant marche sur son pied, si on ne le surveille pas, et il déforme facilement son membre.

Quoi qu'il en soit, les résultats diffèrent certainement selon les conditions sociales des petits malades. J'ai remarqué que chez les ouvriers on obtient des résultats moins bons que chez les bourgeois où les conditions de milieu valent mieux, où l'enfant est davantage changé de milieu.

Comme mes collègues, je ne crains pas la réduction brusque dans les attitudes vicieuses.

Dans la coxalgie suppurée, la supériorité de l'appareil de Lannelongue est évidente, elle permet de s'occuper de la jointure. Ici, je commence aussi par les injections et je continue par des opérations conservatrices, dont la principale est celle que j'ai déjà montrée, il y a déjà quatorze ans, en tunnellisant le grand trochanter.

Kystes hydatiques du rein.

M. Houzel (de Boulogne) lit un travail dans lequel il rappelle deux observations de kyste hydatique du rein opérés l'un par la voie transpéritonéale, l'autre par la voie lombaire. De son travail, M. Houzel conclut qu'il vaut mieux opérer les kystes hydatiques du rein par la voie lombaire et faire la néphrotomie au lieu de la néphrectomie.

M. Kirmisson rappelle qu'il a vu Billroth extirper un kyste du rein par la voie transpéritonéale. L'opération fut sans succès. M. Kirmisson pense que ces tumeurs doivent de préférence être extirpées par la voie lombaire. Il se demande si la cystoscopie ne pourrait pas, en pareil cas, donner de bons résultats.

M. Peyrot. — Je connais quatre cas de kystes hydatiques du rein. Trois personnels et un appartenant à M. Périer que je lui avais suggéré d'opérer comme j'avais fait moi-même. Dans ces cas, il a été opéré par voie transpéritonéale, la première fois avec néphrectomie, les autres fois avec fixation de la poche à la paroi abdominale antérieure comme l'on a coutume de faire pour les kystes hydatiques de la face convexe du foie. Tous ces cas ont facilement guéri, sauf le premier, dans lequel il y avait des adhérences de la poche kystique avec l'estomac qui s'est vidé secondairement dans cette poche.

Quoique je sois partisan de la voie lombaire, toutes les fois qu'il s'agit du rein, j'ai, néanmoins, cru devoir appliquer aux kystes hydatiques du rein le traitement général des kystes hydatiques.

M. Bazy. — Je possède deux cas de kyste hydatique du rein. Le second cas a été traité par une injection de sublimé, et il a guéri après avoir suppuré.

La cystoscopie, dont parle M. Kirmisson, est tout à fait rationnelle. Mais, j'ai vu une femme avec un rein unique, dont l'uretère venait s'aboucher dans la vessie du côté opposé au rein. Une néphrectomie, en pareil cas, eût été mortelle, ce rein avait, en effet, de la pyélonéphrite et pouvait conduire à opérer. Donc, la cystoscopie, quoique bonne, donne encore des renseignements insuffisants.

M. Lucas-Championnière. — N'est-il pas plus simple d'ouvrir le ventre et d'aller à la recherche des reins, quand on n'est pas sûr de leur nombre et de leur situation ?

Au point de vue opératoire, je ne pratique jamais d'opération sur le rein par la voie abdominale, sauf quand les tumeurs à opérer sont très proches de la peau. Je crois donc, en définitive, que la conclusion de M. Houzel est bonne.

M. Houzel. — C'est, à la vérité, uniquement dans le but de conseiller la voie lombaire que j'ai tenu à publier ici ces deux observations.

M. Bazy. — La discussion a été égarée. Il s'agit de la voie à prendre pour aborder le rein. Je crois que la voie transpéritonéale et la voie lombaire ont chacune leurs indications, c'est avant tout une question de volume de la tumeur.

M. Peyrot. — Peu importe, la voie suivie, pourvu qu'on n'enlève pas le rein.

Présentations de malades.

CANCER DU RECTUM

M. Quénu présente un malade opéré en janvier dernier, d'un carcinôme rectal par le procédé d'extirpation décrit par M. Quénu à la Société de Chirurgie.

Le rectum a été extirpé après anus iliaque gauche préalable. Il adhérait à la prostate, laquelle a été réséquée sur une tranche en laissant l'urèthre dans le fond de la plaie. Le bout central du rectum a été fixé au périnée et il a été établi un anus périnéo-coccygien.

HYDRONÉPHROSE TRAITÉE PAR LE CATHÉTÉRISME DE L'URETÈRE

M. Schwartz. — Au nom de M. Imbert, mon interne, et au mien, je vous présente un malade qui était atteint d'une énorme hydronéphrose dont le diagnostic était rendu difficile par l'absence de sonorité du devant de la tumeur. La nature de la tumeur avait été démontrée par une ponction exploratrice, au moyen de laquelle on avait retiré un liquide présentant tous les caractères de l'urine. Nous avons fait le cathétérisme de l'uretère en nous servant de l'appareil présenté ici-même par M. Albarran. Ce cathétérisme a servi de moyen de diagnostic et aussi de traitement. Ainsi nous avons reconnu l'hydronéphrose et nous l'avons vidée en trois fois, retirant quatre litres d'un liquide analogue à du sang noir. Depuis cette évacuation le malade garde à demeure un cathéter dans l'uretère, cette sonde sort par l'urèthre. Ainsi nous recueillons, du rein malade, par jour, 250 grammes de liquide noirâtre. Tandis que l'autre rein élimine directement par la vessie et par l'urèthre entre le cathéter et la muqueuse, environ 1,800 grammes de liquide. Nous avons constaté ainsi que l'autre rein, le rein supposé sain, était atteint de néphrite interstitielle. Nous analyserons bientôt la valeur fonctionnelle de l'épithélium rénal avec le bleu de méthylène. On fait tous les jours des lavages de la poche rénale avec une solution de nitrate d'argent à 1 0/00.

M. Hartmann. — Les urines venues par le cathéter ne se confondent-elles pas avec celles venues directement par la vessie?

M. Schwartz. — Non.

M. Lejars présente la photographie par rayons X de la main d'un malade qui présentait un certain nombre de gros grains de plomb.

Présentation d'instrument.

M. Lejars, au nom de M. Théophile Anger et au sien, présente une jambe artificielle pour amputés de la jambe au lieu d'élection, qui ont conservé une demi-ankylose de leur membre amputé.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DES MEMBRES

Diagnostic de l'ostéomyélite et de l'ostéosarcôme et d'une forme spéciale de panpériostite du fémur.

M. Schwartz (*Journ. des Prat.*, n° 22, p. 339, 1897), dans une leçon clinique, a présenté un malade atteint d'une panpériostite du fémur, chez lequel on aurait pu penser tout d'abord à un ostéosarcôme ou bien à de l'ostéomyélite du fémur. Mais ces deux diagnostics ont été éliminés bientôt, le premier, parce que le malade de M. Schwartz présenta un foyer de fluctuation très net, au-dessus et en arrière du grand trochanter, et accompagné de douleurs vives; le second, parce que le malade n'avait point de phénomènes fébriles. De plus, contre l'ostéosarcôme, M. Schwartz insiste sur l'envahissement des jointures présenté par le malade. Or, il a montré, en 1880, combien rare était cet envahissement sur les cas de néoplasmes malins des membres.

On aurait eu affaire ici à cette sorte de périostite albumineuse décrite par Ollier et Gosselin, mais à une périostite totale, peut-être d'origine rhumatismale, le sujet ayant eu antérieurement une attaque de rhumatisme articulaire.

Nouveau cas de gangrène phéniquée.

On ne saurait trop dire les conséquences graves que peuvent avoir les pansements à l'acide phénique au point de vue de la gangrène. **M. le Dr Floersheim** (*Journ. des Prat.*, p. 346, n° 22, 1897) en cite un nouveau cas :

Il y a quelque temps, vint nous consulter un malade ayant toujours présenté une santé excellente, à l'occasion d'une gangrène sèche des deux premières phalanges de l'annulaire droit. Elle s'était produite dans les conditions suivantes : en voulant relever la vitre d'un wagon, il eut le doigt comprimé un instant entre cette vitre et sa coulisse. C'était, en somme, un traumatisme insignifiant — ce qui est généralement le cas — mais, comme

il éprouvait un peu de douleur, on lui appliqua, dans une intention excellente d'ailleurs, un pansement à la glycérine phéniquée, en lui recommandant même de ne l'enlever qu'au bout de deux jours; le lendemain, la main était tuméfiée, les deux premières phalanges avaient déjà une teinte noirâtre accusée, une anesthésie presque complète : le pansement n'avait fait qu'accentuer l'action du traumatisme. Quand, deux à trois jours après, nous vîmes le malade, une gangrène sèche était constituée, exactement limitée à l'étendue du pansement. Après des tentatives infructueuses de conservation du doigt, qui présentait, par ci par là, des zônes de sensibilité, nous fûmes obligé de pratiquer l'amputation.

Fractures de la rotule.

Pendant que la Société de Chirurgie discute, en ce moment, sur le traitement des fractures de la rotule, il est intéressant de savoir comment les chirurgiens allemands interviennent en pareil cas :

Au dernier Congrès de la Société allemande de Chirurgie tenu à Berlin du 21 au 24 avril 1897 (*Méd. mod.*, n° 42, p. 332, 1897) **M. Heussner** a dit que la meilleure méthode pour réunir les fragments de la rotule était la suture et la suture transcutanée (méthode de Wolkmann). M. Heussner a amélioré la méthode de Wolkmann en faisant passer les fils sous la peau. **M. Kœnig** rejette l'emploi des fils d'argent et ne se sert que de catgûts. Mais il recommande surtout de ne faire ni drainage, ni de lavage et de ne pas mettre les doigts dans l'articulation du genou.

Sarcôme des os longs.

M. Reinhardt (de Berlin) rapporte que dans les années de 1880 à 1895 on a observé, à la clinique de Kœnig, à Gœttingue, 54 cas de sarcôme des os longs. Il s'agit de sarcômes centraux et périostiques; il y avait une combinaison des deux formes, mais la plupart des sarcômes partaient du centre. On trouve cette forme de tumeur aussi bien dans l'épiphyse que dans la diaphyse, mais ce dernier cas est le plus fréquent.

La ligne de l'épiphyse forme une dépression du côté où s'accroît le sarcôme, de sorte que cette ligne ondulée est souvent refoulée par les progrès de la tumeur, parfois même elle est perforée. Le siège de prédilection est l'épiphyse au voisinage de l'articulation du genou, aussi bien dans le fémur que dans le tibia (32 cas). Du côté du centre de l'os, le sarcôme est diversement limité, souvent l'infiltration continue dans l'os. Parfois on trouve quelques nodosités disséminées, ce qui est très important pour l'opération.

Le résultat de l'opération des 54 cas observés dans le cours de 4 ans est le suivant : 13 récidives, 32 métastases, 9 = 18 0/0 guérisons persistantes. Parmi ces dernières toutes les formes de sarcôme sont représentées. Le diagnostic du sarcôme au début est très difficile, il est très difficile de le confondre avec la tuberculose. L'emploi de la photographie de Rœntgen a évidemment une certaine importance pour le diagnostic.

(*Méd. mod.*, n° 42, p. 333, 1897.)

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Appendicite et pérityphiite.

M. Doyen (*Bull. méd.*, n° 42, p. 496, 1897) donne le résumé de quatre observations tendant à prouver que c'est à tort que l'appendicite menace d'absorber toute la pathologie de la fosse iliaque droite, et il conclut:

1° Les ulcérations profondes de l'iléon et du cæcum sont susceptibles de déterminer l'évolution d'accidents pérityphliques inflammatoires au même titre que l'appendicite proprement dite;

2° Les symptômes décrits comme ceux de l'appendicite vraie, nécessitant la résection de ce diverticule, peuvent être occasionnés par de petits foyers purulents sous-péritonéaux voisins du cæcum ou de l'appendice, et sans que ces derniers présentent la moindre trace de lésions inflammatoires. Ces petits abcès ne peuvent rentrer dans la description de l'appendicite et leur guérison ne nécessite pas la résection de ce dernier. Ce sont des lympbangites péri-appendiculaires. Ils peuvent être le point de départ d'une péritonite suraiguë ;

3° La plupart des phelmongs iliaques vrais sont également des phlegmons d'origine lymphatique;

4° Le seul cas de phlegmon iliaque que nous ayons observé et dont l'origine était réellement une perforation calculeuse de l'appendice est demeuré fistuleux et a nécessité la résection secondaire de l'appendice ;

5° Les nombreux cas de pérityphlite, suivis de guérison par résolution, sont des lymphangites simples, non suppurées, péri-appendiculaires ou péri-cœcales et on ne saurait leur enlever leur ancienne dénomination ;

6° La péritonite perforante se produit d'habitude d'emblée et se montre d'autant plus rare que le nombre des crises d'appendicite est plus considérable. La formation lente d'adhérences limite le plus souvent, dans ces cas, le foyer purulent et la guérison est obtenue par une intervention sans gravité ;

7° Autant il est urgent de pratiquer au plus tôt la laparotomie dans la péritonite perforante d'emblée, autant il est inutile et déplorable de vouloir réséquer l'appendice, à propos de la moindre crise de douleur péri-cœcale. Après une première crise subaiguë et suivie de guérison, on doit tenir le malade en observation. Une seconde crise bénigne peut être la dernière. Trois ou quatre crises, de plus en plus intenses, exigent l'intervention, de préférence à froid, comme on l'a justement conseillée, et pendant la crise elle-même, s'il y a danger immédiat.

Le terme pérityphlite doit donc être conservé. L'ap-

pendicite est une des formes de la pérityphlite comme la salpingite est une des modalités de l'infection péri-utérine. La lymphangite appendiculaire, péri-appendiculaire ou péri-cœcale, est plus fréquente que l'appendicite cavitaire proprement dite.

Observations relatives à la chirurgie du foie.

M. W. Muller (d'Aix-la-Chapelle) a remarqué qu'un petit nombre de tumeurs du foie sont pédiculées, comme pour les tumeurs pédiculées de l'ovaire. Dans un cas qu'il a observé, une tumeur se développa dans la région du foie chez une jeune femme pendant la grossesse. Six semaines après la délivrance, il survint de violentes douleurs dans l'abdomen. L'examen fit reconnaitre une grosse tumeur du côté droit, descendant jusqu'à l'ombilic. A la laparotomie, il se présenta une tumeur bleuâtre, dépendant du foie. Cette tumeur fut traversée à travers le tissu sain du foie à l'aide de pinces garnies de gaze iodoformée et étranglée ensuite de chaque côté avec de la gaze iodoformée. La guérison fut immédiate. Il s'agissait d'un angiosarcôme primitif du foie, c'était donc une tumeur maligne. Sept mois plus tard, on remarqua un gonflement de la clavicule droite et deux mois ensuite la malade succombait à des métastases internes.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une tumeur colossale s'étendant du foie jusqu'au bassin. Elle existait depuis six ans, c'était donc une tumeur bénigne. Une incision faite sur la tumeur fit découvrir des kystes multiples. Il fut facile d'attirer au dehors la partie inférieure du foie et on excisa une grande partie de la tumeur. L'ouverture de nombreux kystes permit de réduire la circonférence d'un tiers. La tumeur fut réunie à la paroi abdominale. La patiente supporta bien l'opération, mais succomba onze jours après à une embolie pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva les deux reins kystiques. Tous les kystes étaient tapissés d'un épithélium cubique à une couche. Il s'agissait donc d'adénômes kystiques. Ces observations montrent qu'on peut s'aventurer à pratiquer de très graves opérations sur le foie.

(*Méd. mod.*, n° 42, p. 333, 1897.)

COU, CRANE, FACE

Amputation totale de la langue par la voie transhyoïdienne.

M. Vallas a présenté, à la Société des sciences médicales du 12 mai, un malade auquel il a pratiqué, il y a un mois, l'amputation totale de la langue pour un épithélioma de la région postérieure atteignant et dépassant même le V lingual. L'opération complète étant rendue impossible de par le fait même de l'étendue de la lésion, il a employé l'*ostéotomie médiane de l'os hyoïde*, suivant le procédé qu'il a décrit et utilisé déjà dans plusieurs circonstances.

L'amputation transhyoïdienne de la langue est, à mon avis, bien préférable à l'*ostéotomie du maxillaire inférieur*, seule méthode qui puisse être mise en parallèle avec elle au point de vue de la largeur de l'intervention. On peut faire, en effet, par son procédé une opération aussi complète que possible. Par les deux incisions à l'aide desquelles on fait au début la ligature des linguales, on enlève les ganglions lymphatiques de la région sous-maxillaire; par l'incision médiane qui mène sur l'os hyoïde, on enlève les trois ou quatre ganglions de la région sus-hyoïdienne médiane. Quant à l'organe lui-même, en l'amenant entre les deux moitiés de l'os hyoïde sectionné, on peut faire l'amputation aussi loin que l'on veut, car on a sous les yeux le sillon glosso-épiglottique.

Au point de vue de la gravité de l'intervention, la pharyngotomie transhyoïdienne est également bien préférable à l'ostéotomie du maxillaire.

Comme résultat fonctionnel, la phonation est un peu gênée, les linguales font défaut, mais on comprend nettement ce que dit le malade: quant à la déglutition, elle est encore à l'heure actuelle assez défectueuse; mais M. Vallas espère qu'avec un appareil prothétique (langue artificielle de Martin), et lorsque le plancher buccal aura repris un certain degré d'élasticité, la fonction s'améliorera.

(*Lyon méd.*, n° 22, p. 165, 1897.)

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Traitement chirurgical des fibromyômes de l'utérus.

D'après **M. Bümm** (Soc. belge de Chir., *Presse méd.*, p. CCXXXVI, n° 44, 1897), la méthode primitive d'extirpation de la tumeur par la voie abdominale, avec fixation extra-péritonéale du moignon cervical, est indiquée actuellement encore dans les cas de tumeur mortifiée ou chez des malades très anémiques, lorsqu'il est urgent d'éviter toute perte de sang inutile. Cette méthode est souvent impraticable dans les cas de tumeur sous-muqueuse volumineuse, ou dans les cas de myôme cervical. Elle favorise, en outre, les hernies abdominales. M. Bümm accorde toutefois la préférence, pour la grande majorité des cas, à l'hystérectomie vaginale ou bien à l'hystérectomie abdominale totale, recommandées par les chirurgiens français.

Etiologie et traitement du cancer de l'utérus.

Sur 11,095 malades qui se sont présentées en l'espace de 13 ans à la clinique gynécologique de Budapest dirigée par M. von Kezmarszky, M. J. Bæcker a compté 705 cancers de l'utérus, ce qui donne une proportion de 6,35 0/0. L'extirpation totale a pu être faite 70 fois, ce qui fait 1 fois sur 10.

De cette statistique déjà respectable, il résulte que le

cancer utérin se montre le plus souvent (40 0/0) au voisinage de l'âge de la ménopause, c'est-à-dire entre 41 et 50 ans. Une autre division indique les proportions suivantes : 62 0/0 à l'âge d'activité sexuelle, c'est-à-dire de 21 à 45 ans, 28 0/0 au moment de la ménopause et seulement 9 0/0 après cette époque.

Les accouchements nombreux semblent prédisposer au cancer. Ainsi les femmes non atteintes de cancer comptaient une moyenne de 3.05 accouchements et les cancéreuses une moyenne de 4.71. L'accouchement par lui-même n'est pas cause de cancer; s'il a une influence, ce n'est pas à titre de traumatisme, mais parce qu'il est parfois l'origine d'une endométrite qui est le point de départ du cancer. L'endométrite est la chose primitive.

La syphilis, la tuberculose, certaines races, les abus sexuels ne sont pas des causes prédisposant au cancer. En somme, la prophylaxie du cancer doit chercher à combattre l'endométrite.

Un signe utile au diagnostic sur lequel on n'a pas suffisamment attiré l'attention est la mollesse des tissus cancéreux dans lesquels les curettes et les pinces pénètrent profondément. Les œufs de Nabôth ne signifient rien.

Quand le diagnostic est suffisament précoce, on doit faire l'ablation totale de l'utérus. Tandis qu'à Berlin et à Halle cette opération a été possible dans 43 0/0 et dans 40 0/0 des cas, à Buda-Pesth elle n'a pu être faite que dans 10 0/0.

Des 70 malades opérées, la plus jeune était une multipare de 21 ans et la plus âgée une secondipare de 58 ans. La mortalité totale est de 11.6 0/0, mais depuis 1888 elle s'est abaissée à 4.7 0/0. On a vu 27 0/0 des opérées demeurer trois ans et plus sans récidive. L'extirpation totale peut être faite aussi à titre de traitement palliatif, mais alors il faut enlever tout l'utérus et s'abstenir d'une simple amputation même à siège élevé.

(*Archiv. f. Gynæk.*, vol. 53, n° 1 et *Bull. méd.*, n° 43, p. 508, 1897.)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Il sera ouvert à Paris, en 1897-1898, des concours pour trente-sept places d'agrégé à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine ci-après désignées :

Pathologie interne et médecine légale : Paris, 5; Bordeaux, 1; Lille, 2; Lyon, 1; Montpellier, 2; Toulouse, 1.

Chirurgie : Paris, 3; Bordeaux, 1; Lille, 1; Lyon, 2; Montpellier, 1; Toulouse, 2.

Accouchements : Paris, 1; Bordeaux, 1; Toulouse, 1.

Anatomie : Paris, 1; Lille, 1; Nancy, 1.

Physiologie : Paris, 1; Toulouse, 1.

Histoire naturelle : Toulouse, 1.

Physique : Paris, 1; Lyon, 1; Montpellier, 1.

Chimie : Paris, 1; Lyon, 1.

Pharmacie : Toulouse, 1.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 13 décembre 1897 pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale);

Le 7 mars 1898 pour la section de chirurgie et accouchements;

Le 16 mai 1898 pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour une des places mises au concours dans chaque Faculté.

Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

Voici quel a été le sujet de la composition écrite : *Canal inguinal; diagnostic et traitement de la péritonite traumatique.*

La première séance de lecture a eu lieu mardi 1er juin à 5 heures 1/4 à l'Hôtel-Dieu : MM. Souligoux, 22; Anvray, 24; Glantenay, 26.

Concours d'accouchement.

Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices de Paris s'est terminé par la nomination de M. Demelin.

Concours de médecine.

Voici quel a été le sujet de la composition écrite : *Névrites toxiques.*

La première séance de lecture a eu lieu vendredi 28 mai : MM. Parmentier, 19; Méry, 17; Legry, 17; Boix, 18; Thiroloix, 19; Souques, 19; Gallois, 18; Lamy, 18; du Pasquier, 19.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Fête de la Pentecôte, 6-7 juin 1897.

A l'occasion de la fête de la Pentecôte, la Compagnie d'Orléans rendra exceptionnellement valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du jeudi 10 juin les billets aller et retour à prix réduits qui auront été délivrés aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, les vendredi 4, samedi 5, dimanche 6, lundi 7, mardi 8 et mercredi 9 juin inclus.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif lorsqu'elle expirera après le 10 juin.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

SOMMAIRE. — Société de Chirurgie (séance du 9 juin; présidence de M. Delens) : Traitement de la coxalgie. — Traitement des fractures de la rotule. — Présentations de malades. — Académie de Médecine (séance du 8 juin) : La réduction des gibbosités pottiques. — Revue de Chirurgie : *Chirurgie des membres :* Rupture tendineuse du triceps fémoral. — Résultats définitifs obtenus par les opérations sanglantes dans les cas de luxation congénitale de la hanche. — Luxation iliaque de la hanche gauche chez un vieillard. — *Chirurgie génito-urinaire :* Contribution bactériologique à l'étude des abcès péri-urétraux compliquant la blennorrhagie. — Traitement simple de l'hydrocèle par les injections iodées, précédées d'une anesthésie de la vaginale à l'antipyrine. — *Chirurgie de l'abdomen :* Exosplénopexie pour tumeur de la rate. — De l'appendicite à forme pelvienne. — *Cou, crâne, face :* Kystes séreux du cou. — *Chirurgie du système nerveux :* Les névrômes plexiformes. — *Chirurgie générale :* Les tumeurs fantômes. — Esquisses d'hydrologie clinique : Appendicite et atonie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juin. — Présidence de M. Delens.

M. Picqué remet, au nom de **M. Gaudier** (de Lille), une observation de tumeur naso-pharyngienne traitée par la voie nasale avec incision médiane.

Traitement de la coxalgie.

M. Ménard (de Berck-sur-Mer). — En revenant aujourd'hui sur le traitement de la coxalgie, je ne veux pas m'étendre sur le traitement total de cette affection, mais me limiter dans le traitement des abcès auquel s'était déjà bornée ma première communication.

Lorsque MM. Kirmisson et Quénu parlent de tunnellisation du tibia ou du fémur, ils ont en vue la coxalgie fistuleuse à laquelle je n'ai pas fait allusion, et ils ne veulent pas parler de la coxalgie avec abcès qui avait été seule le but de ma précédente communication.

Or, je tiens à insister sur la physionomie différente de la coxalgie fistuleuse et de celle qui ne l'est pas. Celle-ci est une collection aseptique. Celle-là est une cavité suppurée due aux microbes vulgaires de la suppuration. Il me paraît nécessaire de faire passer dans le langage la différence réelle qui existe entre ces deux choses. Je le répète, l'abcès coxalgique vrai n'est pas un abcès, c'est un abcès fermé, le tuberculôme de M. Lannelongue, c'est-à-dire l'extension de l'évolution tuberculeuse. L'abcès coxalgique suppuré est, au contraire, un abcès fistuleux vulgaire sur milieu tuberculeux.

Cette distinction a sa valeur. L'abcès non infecté n'est pas fistuleux, il guérit par les injections modificatrices et, en pareil cas, la coxalgie conserve un caractère bénin. La coxalgie fistuleuse, au contraire, ne guérit pas par les injections modificatrices, je puis même dire qu'elle résiste à la plupart des méthodes de traitement. Sa longue durée exposera donc le malade à des complications nombreuses d'ordre local et aussi d'ordre général ainsi qu'à l'extension de la tuberculose.

A l'hôpital maritime, j'ai, dans deux salles différentes, les deux tableaux sous les yeux : d'un côté, la coxalgie avec abcès enkystés, avec tuberculômes ; de l'autre côté, la coxalgie avec fistules et abcès vulgaires. Le contraste entre les deux salles est des plus frappants. Si l'abcès n'est pas infecté par une communication avec l'extérieur, il guérit bien, sinon il guérit mal. Le contraste subsiste même devant les récidives.

Un abcès aseptique, guéri par les injections modificatrices, peut se reproduire, mais il guérira de nouveau par les injections. Au contraire, s'agit-il d'une coxalgie fistuleuse récidivée, la guérison sera peut-être possible, mais elle sera presque toujours très rare.

Ces quelques considérations tendent à m'expliquer pourquoi, devant la coxalgie aseptique, j'obtiens tant de guérisons et avec la plus grande facilité. Je ne saurais évidemment pas établir de loi sur le nombre d'injections qu'il faut employer pour obtenir la guérison. Si quelques cas ont guéri avec deux ou trois injections, d'autres ont guéri plus lentement, pour lesquels il a fallu faire sept, huit et même dix injections. Mais je tiens à le redire, ce traitement, quelque long qu'il puisse être, n'expose jamais, de propos délibéré, l'abcès coxalgique à l'infection extérieure.

Voilà qui est pousser, je crois, la méthode conservatrice aussi loin que possible. Je conviens qu'elle m'a donné quelques insuccès. C'est alors, en pareil cas seulement, que je me suis décidé à faire des curettages. Or, j'ai fait le curettage aussi complet que possible et tenté

la réunion par première intention sans drainage parce que je veux à tout prix éviter la fistule et l'abcès vulgaire consécutif. Mon opération vous a paru difficile, sinon impossible. L'observation est exacte s'il s'agit de coxalgies fistuleuses. Mais hormis ces cas, je rappelle que je me trouve d'habitude en présence d'un abcès fermé, d'un tuberculôme, dont le milieu a été depuis longtemps modifié par mes injections.

Je conclurai donc, aujourd'hui comme l'autre jour, que j'ai tenté le curettage sans drainage et avec réunion par première intention chez des malades où les injections modificatrices antérieures m'avaient préparé d'avance le succès.

On dit que mon opération est difficile. Non, si l'on prend soin de suivre le trajet fistuleux, ce qui n'est pas un obstacle insurmontable.

J'ai dit qu'une fois il m'était arrivé de trouver un séquestre volumineux dans un cotyle. Je me demande combien de temps ce séquestre aurait mis à s'évacuer si je ne l'avais pas sorti.

Sept de mes malades ont été guéris et restent guéris par l'intervention sanglante. Je ne puis prévoir jusqu'à quand durera cette guérison.

Ainsi donc, c'est dans le but d'éviter la fistule et de guérir radicalement les abcès froids enkystés préparés par les injections modificatrices que j'ai tenté le curettage sans drainage avec réunion par première intention. (Discussion renvoyée à la prochaine séance.)

Traitement des fractures de la rotule.

M. Peyrot. — Les cas de fracture double de la rotule, rapportés récemment à la Société de Chirurgie, montrent bien qu'elle est la friabilité particulière propre à cet os.

Les rotules destinées à se fracturer, autant s'il s'agit d'une lésion unilatérale que s'il s'agit d'une lésion bilatérale, sont des rotules malades avec des douleurs et des craquements dans la jointure. Ces phénomènes se rencontrent, selon moi, une fois sur deux. D'autre part, les fractures itératives de la rotule ne montrent-elles pas encore la tendance qu'a cet os à se briser?

En voici un exemple des plus frappants :

M. J... est âgé de 74 ans. A 54 ans, en 1877, il saute de voiture un peu brusquement, sent une douleur violente dans les deux genoux. Les jours suivants il vaque à ses occupations habituelles. Un mois plus tard, nouvelle chute, nouvelles douleurs subites. Verneuil, consulté, constate une fracture de la rotule et place le membre dans une gouttière avec des bandelettes comme on faisait alors. Le membre est immobilisé pendant cinquante-quatre jours. Un mois plus tard, il n'y avait plus de raideur dans les genoux, le malade pouvait facilement monter et descendre les escaliers.

En mai 1886, chute nouvelle avec gonflement, douleur du genou. En 1887, 1888 et 1889, mêmes chutes, même gonflement. Après le dernier accident, la fracture apparaît divisée en quatre fragments. Il n'y avait pas de cal fibreux.

Dans ce genre de lésions il faut également tenir compte de l'effort brusque fait par le malade, des maladies nerveuses dont il peut être atteint, de l'innervation des muscles. Voici deux cas instructifs à cet égard :

a) Un homme de 38 ans se fait, sans cause apparente, en 1890, une fracture transversale de la partie moyenne de la rotule. Cinq jours plus tard, ouverture de l'articulation, réunion fibreuse avec un surjet à la soie. La réunion est parfaite. Un mois et demi après, il reprend ses occupations. Un mois après la reprise de son travail il fait une glissade; nouveaux signes de fracture, nouvelle intervention, les fils de soie sont rompus, il y a fracture au niveau de l'ancien cal. Cerclage de la rotule, guérison.

b) Un homme de 35 ans, avec des accidents cérébraux d'origine syphilitique, fracture sa rotule que je suture avec un fil d'argent. Cinq mois plus tard, contraction brusque suivie de douleur et gonflement du genou. Les fragments de la rotule sont disjoints. On le laisse tranquille et tout paraît rentrer dans l'ordre. Le malade reprend son travail et trois mois plus tard nouveaux accidents avec tous les signes d'une fracture complète. Je fais faire par M. Poupinel des épreuves radiographiques de ce genou. Les voici. Elles montrent que les fils d'argent se sont rompus et rompus deux fois, mais que l'écartement est plus grand à la partie antérieure de la rotule qu'à sa partie profonde. J'interviens. Je constate que l'ancienne fracture n'avait réuni par cal osseux que dans les deux tiers internes et par cal fibreux dans le tiers externe. J'enlève les fils d'argent et je fais cette fois-ci une nouvelle suture avec fils de platine et j'achève même par un cerclage de la rotule avec fil de platine.

Des faits de ce genre ne doivent-ils pas vous influencer dans le choix d'une méthode de traitement pour les fractures de la rotule ? Puisque les fractures itératives sont possibles, j'en conclus que la suture fibreuse prérotulienne n'est pas suffisante; que la suture métallique est préférable, surtout avec fil de platine au lieu de fil d'argent. Enfin, le procédé de choix me paraît être le cerclage de la rotule avec fil de platine.

M. Lucas-Championnière. — Je désire ajouter quelques remarques aux considérations que j'ai faites à la dernière séance. Elles sont le résultat d'une expérience que je crois suffisamment longue en fait de fractures de la rotule.

Je ne parlerai pas des chirurgiens qui s'attardent encore aux appareils inamovibles seuls pour traiter une fracture de la rotule. Le massage seul, parmi les procédés anciens, mérite qu'on s'y arrête dans certaines conditions.

Il y a dix-huit ans, Ténullis est venu apporter cepen-

dant de beaux résultats obtenus par l'immobilisation et le massage qui ont un instant frappé l'attention des chirurgiens. Puis vinrent les premières communications de Lister. Elles furent le point de départ du seul progrès qui ait été fait depuis vingt ans dans le traitement des fractures de la rotule. Lister déclara qu'il fallait suivre, dans ce traitement, les deux grands principes suivants : ouvrir largement l'articulation ; suturer directement les fragments. J'insiste avec raison sur Lister. A cette époque, il était intéressant de voir les beaux résultats obtenus ainsi, à côté des résultats détestables que l'on obtenait antérieurement chez des malades qui restaient, la plupart du temps, des infirmes. Depuis Lister, on a voulu faire des opérations nouvelles. Je leur reproche dès maintenant de s'être trop écartées des grands principes posés par Lister. S'en écarter, je le répète, ce n'est pas progresser, mais c'est plutôt faire un retour en arrière et tomber dans les errements antérieurs à Lister. Pense-t-on donc pouvoir établir la valeur d'une opération nouvelle en se fondant sur les cinq ou six beaux résultats apparents qu'elle vous a donnés. Mais cela n'est pas suffisant, les fractures de la rotule sont des traumatismes rares, il faut de longues années de pratique pour en réunir un grand nombre de cas permettant d'établir la valeur de la méthode qui aura été employée pour les traiter. C'est ainsi que, depuis quinze ans, j'ai pu réunir personnellement cinquante cas de fractures de la rotule et je dois dire que j'ai été favorisé pendant un certain temps, où je voyais le plus grand nombre des fractures de rotule qui se produisaient à Paris.

Permettez-moi donc d'abord de revenir sur la gravité de l'opération dans la fracture de la rotule et de vous démontrer qu'elle est à peu près nulle. Sur mes cinquante opérés, quatre sont morts dans les conditions que voici :

Le premier était une femme obèse, elle est morte du chloroforme ;

Le second était un homme ayant subi un écrasement. Apporté de suite à l'hôpital, je l'opère instantanément pour une fracture de la rotule. La réunion se fait bien. Mais quelques jours plus tard, nous nous apercevons que l'abdomen a été lésé dans le grand écrasement subi par le malade et le malade meurt de lésions internes. Il y a là une leçon : dorénavant, j'attendrai quelques jours avant de suturer la rotule des gens qui auront subi un grand accident ;

Le troisième était un jeune homme de 25 ans qui m'avait été apporté de la province avec une fracture de rotule. Ce jeune homme avait les urines surchargées d'urée, il en rendait 40 grammes par litre. J'ai fait la suture de la rotule, la réunion osseuse s'est bien faite. Mais le malade est mort, le vingt et unième jour après l'opération, avec des vomissements incoercibles. Il était d'une famille de goutteux. Tous ces faits m'ont été révélés après l'opération. Mais là encore aucun accident articulaire n'a entraîné la mort ;

Le quatrième malade, je vous rapporte son histoire par acquit de conscience. Il a subi l'ouverture du genou par trois fois. Une première fois, j'ai fait la suture de la rotule sans pouvoir rapprocher complètement les deux fragments. A la suite d'une nouvelle chute, ce malade fut porté dans le service d'un de mes collègues. On l'opéra encore, il y eut de la suppuration. On me l'a conduit bientôt dans cet état. J'ai tenté de le guérir, mais le malade était alcoolique et avait des crises de délire. Il a arraché son pansement et ses drains plusieurs fois. Il est mort au bout de quatre mois, cachectisé par une suppuration interminable.

Donc, tous ces accidents suivis de mort ne sauraient être, en définitive, imputés à l'opération qui a été tentée pour suturer la rotule fracturée. Car, même dans ces quatre cas, on a trouvé une réunion osseuse satisfaisante. C'est là un fait important et qui est en faveur de l'ouverture large de l'articulation conseillée par Lister. Ce qui fait que, dans certains cas, vous n'avez pas eu de réunion, c'est le tablier fibreux qui peut s'interposer entre les deux fragments, sauf dans les cas de fracture directe. Je crois donc que, quand on ouvre un foyer de fracture de rotule, que ce foyer soit ancien ou nouveau, il faut se convaincre tout d'abord de la nécessité qu'il y a d'ouvrir le foyer. Lister, je le répète, avait dit tout cela. Il n'y avait, en somme, presque rien à glaner après lui. Pour ma part, les quelques petites modifications que j'ai pu apporter, dans ma longue pratique, au procédé de Lister n'ajoutent rien de primordial à la méthode générale.

Voici, cependant, les quelques points particuliers auxquels j'attache le plus d'importance. J'ai adopté, contrairement à Lister, un lambeau très allongé descendant jusqu'à l'épine tibiale pour éviter que la cicatrice soit plus tard une cause de gêne pour le malade. Quant aux fils à employer, je m'en tiens aujourd'hui aux fils d'argent de gros diamètre, et mesurant un millimètre. J'emploie deux fils. J'ai été le premier à employer ces fils de gros diamètre qui donnent une véritable solidité, car ils servent d'attelle pour les fragments.

J'ai toujours pratiqué le nettoyage complet de l'articulation. J'irrigue, je draine et je place les drains en dehors de l'articulation. Les drains empêchent la distension ultérieure de la jointure et suppriment la douleur.

Lister conseillait de placer les fils obliquement dans le tissu osseux sans traverser le cartilage. Ceci n'est pas important, à mon avis. Cependant, je crois que la façon de faire de Lister donne un affrontement plus parfait des fragments.

Pour ma part, je trouve qu'il est des plus faciles de passer les fils avec un poinçon.

Reste alors la question du passage des fils hors de la rotule. J'estime que le cerclage de la rotule n'est pas

une invention. Je l'ai fait et tout le monde l'a fait depuis longtemps sans prétendre pour cela innover. Je pourrais vous citer plusieurs observations où j'ai fait ce cerclage. C'est une opération de nécessité et qui présente de nombreux inconvénients. Elle crée une sorte de chevauchement des fragments difficiles à éviter. Donne-t-elle plus de solidité? Je ne le pense pas, je n'ai jamais vu un fil se briser. Partout où j'ai suturé la rotule, avec des fils d'argent, ces fils ont parfaitement tenu. Je ne parle, bien entendu, ici, que du cerclage que l'on prétend faire en ouvrant l'articulation, car du cerclage fait sans ouvrir, je n'en veux même pas parler.

J'attache aussi une certaine importance à ligaturer tous les tissus fibreux périrotuliens. Un autre fait qui m'appartient, c'est de ne pas laisser trop longtemps les opérés dans l'immobilisation. Je les sors de leur appareil le dixième jour après l'opération. Je commence à les masser, mais je fais du massage très doux et une mobilisation très légère. Donc, mobilisation rapide, mais pas trop brusque. Les résultats terminaux m'ont toujours paru bons. Nos malades ont des rotules solides. Ils ont vite repris leur travail; certains, même, ont des métiers très pénibles. L'un était acrobate et a pu continuer à faire ses sauts périlleux peu de temps après l'opération que je lui ai faite. Bref, je n'insiste pas davantage, partout où j'ai opéré ainsi, partout j'ai eu d'excellents résultats.

Ce principe d'ouverture large de l'articulation recommandé par Lister m'a permis, dans cinq cas, de remédier à des accidents périrotuliens : rupture des tendons des deux triceps, section voulue du tendon rotulien, etc. J'ai donc perfectionné la méthode de Lister et j'en ai étendu l'emploi en l'usant.

Contrairement à la méthode de Lister, que vient-on nous proposer aujourd'hui? D'une part, le cerclage de la rotule, d'autre part, la suture fibreuse. J'ai déjà dit que le cerclage n'était pas un procédé nouveau et que je lui voyais que des inconvénients à côté de faibles avantages. Quant à la suture périostique, je déclare que c'est un retour en arrière au lieu d'être un progrès. Les fractures itératives, le défaut de solidité évident pour la rotule, témoignent que c'est là un mauvais procédé.

Je ne dirai du massage rien de plus que ce que j'ai déjà dit. Il faut savoir s'en servir pour en retirer profit. Mobilisez et massez de bonne heure, mais mobilisez et massez avec prudence. Ne forcez pas, le redressement forcé fait souffrir le malade bien inutilement.

Ces malades ont des muscles et des articulations en bon état, il faut diriger leur retour au mouvement sans le bâter.

En somme, il n'y a aujourd'hui pour le traitement des fractures de la rotule rien d'intéressant de plus à dire que lors de nos dernières discussions. La question en est toujours au même point.

Présentations de malades.

M. Berger présente un jeune homme de 19 ans qui a été à peu près guéri de polypes naso-pharyngiens, par l'incision palatine avec cautérisations lentes selon la méthode de Trélat.

Il présentera prochainement un autre malade chez lequel les injections de sérum de MM. Richet et Héricourt paraissent avoir donné de bons résultats, combinées aux cautérisations lentes.

M. Berger insiste sur la tendance qu'ont les polypes des jeunes sujets à regresser spontanément avec l'âge.

M. Kirmisson approuve les conclusions de M. Berger.

M. Potherat présente une jeune femme opérée et guérie d'une péritonite tuberculeuse par la laparotomie.

M. Potherat présente les épreuves radiographiques d'un pouce bifide, qui ont montré que le pouce à conserver, dans ce cas, était le pouce incliné et non le pouce placé dans l'axe du métacarpien.

JEAN PETIT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juin.

La réduction des gibbosités pottiques.

M. Ch. Monod.—Le traitement du mal de Pott et particulièrement celui de la gibbosité qu'il détermine, est entré tout récemment dans une voie nouvelle, que d'aucuns qualifieraient volontiers de voie triomphale.

On s'en va répétant par la plume, par l'image, voire même par l'affiche, au coin de nos rues populeuses, que le redressement des bossus n'est plus aujourd'hui qu'un jeu, que coupables seraient ceux qui voudraient soustraire leurs malades aux bénéfices d'une thérapeutique hardie, en apparence, mais, en réalité, sans danger et singulièrement efficace.

Jusqu'à quel point ces affirmations sont-elles fondées? Sommes-nous réellement en possession d'un traitement du mal de Pott qui en assure la guérison, et la guérison sans difformité? La question vaut assurément d'être examinée avec quelque attention.

L'Académie a entendu, dans ces derniers mois, trois communications sur ce sujet, celles de MM. Calot, Chipault et Ménard.

La première et la non moins retentissante, est celle de M. le Dr Calot (de Berck) (1).

M. Calot n'est certes pas le premier chirurgien qui ait songé à redresser les gibbosités pottiques (2); mais, et

(1) Séance du 22 décembre 1896.

(2) V. LANNELONGUE: *Tuberculose vertébrale*, 1888, p. 231 et suivantes.

c'est l'originalité de sa méthode, il pratique ce redressement en un seul temps (1), en ayant, au besoin, recours, pour atteindre ce but, à la plus grande violence, voici, d'après lui-même, comment il opère :

« Quatre aides solides, attelés deux à deux aux extrémités du patient, tirent en sens inverse, tandis que le chirurgien, les mains appliquées sur la gibbosité, exerce, sur ce point, une pression extrêmement vigoureuse allant jusqu'à l'extrême limite de ses forces, jusqu'à ce que les vertèbres déplacées soient rentrées au niveau et même au-dessous des vertèbres voisines. On perçoit sous la main et l'on entend quelquefois des craquements osseux qui témoignent du dérangement des deux segments rachidiens. »

M. Calot fait ordinairement précéder le redressement du rachis de l'ablation des apophyses épineuses saillantes, ainsi que du segment de peau souvent épaissie qui les recouvre. Il peut ainsi mieux diriger ses pressions, et met son malade à l'abri des escharres qui pourraient se produire sous l'appareil contentif, au niveau des pointes apophysaires.

Si la bosse est très vieille, il peut être indiqué de pratiquer, avant le redressement, une résection cunéiforme du rachis, — soit parce que les deux segments de la colonne se sont réunis, — soit parce qu'on redoute, après avoir violemment écarté en avant les surfaces malades, qu'il ne reste de ce côté un hiatus qui ne puisse se combler ; en enlevant en arrière un coin osseux à base répondant à la gibbosité, et à sommet antérieur, répondant à l'angle de flexion, on obtiendra le contact en ligne droite des deux segments de la colonne.

Deux fois, mais deux fois seulement, M. Calot a pratiqué cette résection complémentaire, dont on ne saurait méconnaître les difficultés et les dangers.

Le redressement obtenu par l'un des moyens que je viens de dire, le malade est immobilisé dans un grand appareil plâtré, à la bonne application duquel M. Calot attache la plus grande importance. Cet appareil sera renouvelé deux ou trois fois, à des intervalles de trois à quatre mois. Au bout de ce temps, l'opéré est autorisé à marcher avec un corset. La correction de la difformité a duré de cinq à dix mois.

M. Calot nous disait, en décembre dernier, qu'il avait pratiqué trente-sept fois ce redressement de la gibbosité pottique, et cela avec des résultats immédiats parfaits. Non seulement il n'a pas eu de mort, mais jamais aucun accident.

La moelle, en particulier, n'a jamais paru souffrir de ces manœuvres ; une seule fois, quelques phénomènes de lourdeur et de parésie des membres inférieurs, qui ont vite disparu. Bien plus, dans un cas, une paralysie existante a paru céder à la suite de l'opération.

Chez deux opérés seulement, des abcès à distance (fosse iliaque, fesse) se sont montrés quatre à six mois après le redressement ; ces abcès furent traités et guéris par les moyens ordinaires. Par contre, chez trois malades qui avaient, au moment de l'opération, des abcès par congestion dans la fosse iliaque, ces abcès se résorbèrent et disparurent spontanément.

Ces résultats sont presque trop beaux, et peu en rapport avec ce que l'on sait du traitement de la tuberculose osseuse en général, et de celui du mal de Pott en particulier. Aussi M. Calot ne disconvient-il pas qu'il est, sans doute, tombé sur une série heureuse.

Encore aurait-il valu la peine de rapporter avec quelque détail des faits de cette importance. Mais M. Calot, préoccupé sans doute de ne pas fatiguer l'attention de l'Académie, s'est borné à nous donner des courtes notes sur les malades qu'il nous a présentés, et ces malades sont au nombre de six seulement.

Six observations sur trente-sept cas... c'est peu. Sur les autres, nous ne savons rien que les conclusions que M. Calot en tire. Nous ne savons rien, en particulier, ni du degré de la déviation, ni de l'époque de son apparition, point capital, comme nous le montrerons tout à l'heure. Nous avons quelques raisons de croire qu'il s'est presque toujours agi de gibbosités relativement récentes ou peu prononcées, puisque, comme je l'ai dit, M. Calot n'a eu que deux fois recours à la résection orthopédique du rachis, manœuvre complémentaire qu'il réserve aux cas où la bosse est ancienne et accentuée.

Ces insuffisances sont plus manifestes encore si nous essayons de nous rendre compte des résultats définitifs de l'opération préconisée par M. Calot. Il nous dira, sans doute, qu'il n'est pas ici en faute, qu'un long temps, six mois au moins, est nécessaire pour que la guérison puisse être considérée comme assurée, et que la plupart de ses opérés le sont depuis trop peu pour que l'on puisse juger encore du résultat définitif. A cela, nous répondrons qu'il eût peut-être mieux valu attendre plus longtemps avant de venir affirmer l'excellence d'un procédé dont les résultats ne peuvent encore être connus.

Quoi qu'il en soit à cet égard, ce n'est plus six cas (sur trente-sept), mais bien quatre seulement qui demeurent. Le cinquième malade présenté, en effet, est l'un de ceux qui ont subi la résection cunéiforme ; il était opéré depuis neuf mois, mais il n'y avait que douze jours qu'il marchait et il ne pouvait encore se passer de corset.

Le sixième n'était opéré que depuis quatre mois, il était encore dans son appareil plâtré. Sa bosse était énorme, elle datait de quatre ans et demi, conditions particulièrement défavorables ; mais nul ne peut encore dire si la correction se maintiendra.

Pour les quatre opérés depuis six à douze mois, ils

(1) Je dirai dans un instant que M. Chipault revendique pour lui la priorité de cette idée.

nous ont été montrés redressés et libres de tout appareil, un depuis quinze jours, deux depuis deux mois, un depuis six mois. Pour deux d'entre eux, la gibbosité datait de sept à neuf mois, pour deux, de deux à trois ans.

Ces résultats sont suffisants pour justifier l'intérêt qui s'attache à la communication de M. Calot. S'ils se montrent semblables pour ses trente-trois autres opérés, notre confrère pourra bien dire qu'il a victoire gagnée.

Jusqu'ici, il est simplement permis de conclure que l'opération paraît innocente, qu'elle semble donner un résultat immédiat excellent, mais toute réserve doit être faite pour les résultats définitifs.

La seconde communication dont j'ai à vous entretenir est celle de M. Chipault. Elle vous a été faite le 19 janvier 1897. Elle est intitulée : « Du traitement des gibbosités de diverses origines par les ligatures apophysaires. »

Au redressement forcé, pratiqué à l'aide de manœuvres semblables à celles de M. Calot, M. Chipault conseille d'ajouter la ligature en 8 de chiffre, à l'aide de fils d'argent, des apophyses épineuses correspondant à la gibbosité. Il considère que c'est là le meilleur moyen de maintenir la correction obtenue. Il s'appuie pour soutenir cette opinion sur les recherches anatomo-pathologiques de M. Regnault, établissant « qu'une colonne vertébrale tuberculeuse abandonnée à elle-même se consolide spontanément par ankylose des arcs et des apophyses ». Les ligatures apophysaires qu'il recommande ne font donc que régler et hâter le travail de guérison dans le sens où il se fait spontanément.

Les résultats obtenus par M. Chipault dans cinq cas où il ne s'agissait, il est vrai, que de petites gibbosités facilement réductibles, ont été excellents. Dans un sixième, la bosse était considérable et ancienne, mais le fait est trop récent pour pouvoir entrer en ligne de compte.

Il va sans dire que M. Chipault associe aux manœuvres de réduction et aux ligatures apophysaires l'immobilisation prolongée du malade, non dans un appareil plâtré, mais sur une planche *ad hoc* où il est maintenu à l'aide de sangles passant au niveau des aisselles, des hanches et des genoux.

Il est intéressant de voir que M. Chipault comme M. Calot, a osé redresser de force des gibbosités pottiques et cela sans observer, plus que son confrère, des accidents résultant de cette réduction.

Mais ici encore les résultats éloignés ou définitifs n'ont été constatés que pour des gibbosités facilement réductibles.

Dans une nouvelle note lue à cette tribune le 6 avril dernier, M. Chipault s'est efforcé d'établir qu'il a eu avant M. Calot l'idée du redressement brusque des gibbosités pottiques. Dans un article publié dans la *Médecine moderne* le 22 juillet 1896, c'est-à-dire six mois avant la communication de M. Calot, et avec ce titre « Un traitement nouveau du mal de Pott » il écrivait :

« J'ai, au dernier Congrès de Chirurgie (octobre 1895), insisté sur l'intérêt de la technique nouvelle auprès de plusieurs de mes confrères, et, en particulier, auprès de mon ami Calot qui voulut bien me promettre de l'expérimenter largement.

Comme les premières opérations de M. Calot datent de décembre 1895, c'est-à-dire des jours qui suivirent le Congrès de Chirurgie, il semble bien que les tentatives déjà faites par son ami Chipault aient été pour quelque chose dans sa détermination.

Les deux auteurs ne diffèrent que sur un point, le mode suivant lequel ils assurent le maintien de la correction obtenue.

L'un, ligature les apophyses épineuses et immobilise l'opéré sur une planche.

L'autre, résèque, au contraire, volontiers les apophyses épineuses et enferme son malade dans un immense appareil plâtré. M. Calot soutient même que c'est dans la bonne construction de cet appareil qu'est le secret des succès qu'il obtient.

Je le veux bien. Mais le point vraiment original du procédé, comme je le disais il y a un instant, n'est-il pas la correction forcée et en un seul temps de la difformité?

Aussi semble-t-il que M. Chipault avait raison de nous dire que « sans contester à son collègue et ami Calot le rôle important de vulgarisateur qu'il a joué, il réclamait pour lui-même la priorité (idée et exécution) de la réduction en un temps sans chloroforme des gibbosités pottiques. »

Il m'a paru du moins équitable de mettre sous les yeux de l'Académie les pièces de ce petit procès de revendication scientifique.

J'en viens à la dernière des trois communications que je vous rappelais en commençant ce rapport — celle toute récente de M. Ménard (de Berck), 11 mai 1897.

Avec M. Ménard nous entendons une toute autre cloche. Il condamne absolument les tentatives de ses confrères : il les considère comme dangereuses et forcément inefficaces.

M. Ménard regrette d'abord qu'avant de pratiquer une opération telle que le redressement forcé d'une colonne vertébrale tuberculeuse, les chirurgiens qui l'ont conseillée n'aient pas essayé de se rendre compte de la nature et de la gravité des désordres que de pareilles manœuvres peuvent produire.

Il a cherché à combler cette lacune par des expériences sur le cadavre et l'examen des pièces conservées dans les musées. Il est venu vous soumettre les conclusions qu'il a cru pouvoir tirer de cette étude.

Le premier point qu'il met en relief est que malgré la dislocation de la colonne qui résulte de ce redressement forcé, la moelle et les méninges demeurent intactes. Et

de fait, nous avons vu que, chez leurs opérés, MM. Calot et Chipault n'ont observé aucun phénomène de paralysie.

Par contre, dans un cas, M. Ménard a constaté la rupture de la membrane qui limitait une collection purulente au niveau de la gibbosité. Le contenu de cette collection aurait été chez le vivant déversé dans le médiastin.

Mais le fait anatomique sur lequel M. Ménard insiste surtout est le suivant : le redressement forcé produit nécessairement l'écartement des deux segments de la colonne osseuse malade, et par suite la formation d'une vaste caverne qui mesure, d'après les expériences de M. Ménard, deux, quatre, six centimètres de haut et même plus.

Pour que la guérison suive une pareille intervention, il faut nécessairement que cette vaste cavité se comble, et se comble à l'aide d'un cal osseux solide.

Si ce cal ne se forme pas, et si la cicatrice est seulement fibreuse et rétractile, la gibbosité, lorsque le soutien fourni par l'appareil plâtré sera supprimé, se reproduira forcément.

Or, tout ce que l'on sait de l'histoire du mal de Pott permet de prévoir que c'est la seconde de ces deux alternatives qui se produira.

Il est facile, en effet, de constater dans les autopsies et sur les pièces des musées que le périoste des vertèbres dans le mal de Pott est profondément altéré et détruit et ne produit de tissu osseux nouveau à aucune période de l'évolution de la maladie; on ne trouve chez les sujets guéris aucune trace d'hyperostose à la surface des vertèbres malades.

Il peut se faire, au sommet de l'angle de la gibbosité, par suite de la fusion de plusieurs vertèbres entre elles, un véritable cal osseux résistant, mais en avant, entre les corps vertébraux rapprochés par la flexion, subsistent toujours des intervalles occupés par des cavités tuberculeuses nullement comblées par du tissu osseux.

Est-il admissible qu'un travail de régénération et de consolidation puisse se produire à la suite de manœuvres dont le premier effet est d'augmenter considérablement l'écart entre les segments malades.

On sait que cette consolidation fait ordinairement défaut dans les arthrites tuberculeuses du genou et de la hanche, alors que les surfaces sont maintenues intimement en contact. Combien plus ne manquera-t-elle pas pour l'arthrite vertébrale dans les conditions créées par le redressement, c'est-à-dire par l'écartement forcé des os malades.

De ces considérations dont je résume les parties essentielles, il résulte pour M. Ménard la conviction que, dans les gibbosités accentuées, les seules suivant lui justiciables du redressement forcé, la bosse doit fatalement se reproduire; que mieux vaut donc n'y pas toucher.

A mon tour, messieurs, de conclure et d'essayer de prendre parti entre des opinions aussi diamétralement opposées.

Il est un point sur lequel tout le monde sera, je crois, d'accord, c'est que certaines gibbosité devront être absolument respectées, et cela pour les raisons bien mises en lumière par M. Ménard. Ce sont celles où l'écart produit par le redressement sera tel que la consolidation sera matériellement impossible. Pour M. Ménard, ces cas sont de beaucoup plus nombreux.

Il en sera du moins ainsi, certainement, lorsque la bosse datera de quatre, cinq ans et plus.

A la crainte de voir, en pareille circonstance, la difformité se reproduire, on peut ajouter la possibilité d'accidents immédiats qui ne feront peut-être pas toujours aussi complètement défaut que dans l'heureuse série de M. Calot : ruptures des méninges adhérentes et hémorrhagies intra-rachidiennes, lésions des vaisseaux du médiastin et des organes intra-thoraciques ; ouvertures d'abcès et de foyers tuberculeux avec infection consécutive, ou même tuberculose généralisée par suite du réveil d'une lésion qui demeurait isolée et enkystée, etc., etc.

Toutes ces éventualités sur lesquelles M. Lambotte (d'Anvers), dans un article récent, appelait avec raison l'attention, ne sont pas tellement improbables que l'on ne doive les faire entrer en ligne de compte, lorsqu'il s'agit de redresser des bosses déjà anciennes.

Je sais bien que, chez l'un des opérés de M. Calot, la difformité très accentuée avait plus de quatre ans d'âge, et que, non seulement le redressement n'a eu aucun effet immédiat fâcheux, mais que la correction paraissait se maintenir. Je dis paraissait, car l'opération ne datait, en décembre dernier, que de quatre mois. Que si, chez cet enfant, la colonne reste droite après ablation de son appareil, force sera bien de reconnaître qu'une fois encore les faits peuvent avoir raison contre les meilleures théories. Mais, je le répète, ce fait démonstratif, nous le demandons, il n'existe pas encore.

A l'autre extrémité de la série se placent les gibbosités récentes, celles qui datent de cinq, six, sept et neuf mois. Je comprends que, pour celles-ci, l'on tente le redressement forcé. J'ai pu récemment assister mon collègue et ami, M. Brun, dans deux opérations de ce genre, auxquelles il avait bien voulu me convier, et j'ai pu constater avec quelle facilité la correction était obtenue, et, en apparence, au plus grand bénéfice des malades. Je ne sais si la guérison sera, de la sorte, plus rapide; du moins, on peut espérer qu'elle sera sans difformité.

M. Calot nous a présenté deux malades opérés dans ces conditions et guéris. Le résultat est encourageant et autorise de nouvelles et semblables tentatives (1).

(1) On a vu dans une récente séance de la Société de Chirurgie (12 mai), que MM. Brun, Michaux, Poirier, Broca sont entrés dans cette voie ou disposés à y entrer.

Restent les cas intermédiaires, gibbosités de deux, trois, quatre ans au plus, dans lesquels la détermination à prendre est assurément plus difficile.

En voici la preuve :

Des quatres malades opérés par M. Calot, et amenés ici libres de tout appareil, il en est deux, je l'ai dit, dont la gibbosité datait de deux à trois ans.

Or, la pièce si démonstrative que nous a montrée M. Ménard, celle sur laquelle le redressement pratiqué sur le cadavre avait produit un écart de plus de quatre centimètres de hauteur, correspondant à la destruction de trois corps vertébraux, vaste hiatus dont la disparition par consolidation osseuse paraît *a priori* impossible, avait été recueillie sur un enfant dont l'affection ne remontait pas à plus de trois ans.

Qu'est-ce à dire? Sinon qu'il importe de tenir compte au point de vue des décisions à prendre non seulement de l'âge de la lésion, mais aussi de son degré.

Avant d'agir, il serait donc bon de pouvoir connaître le nombre des vertèbres atteintes. Il suffirait pour cela, d'après M. Ménard, de compter extérieurement les apophyses épineuses appartenant nettement à la courbure pathologique. A ce nombre correspond habituellement celui des corps vertébraux détruits.

Si l'on arrive, par ce moyen, à se convaincre que ceux-ci le sont sur une hauteur telle que la cavité produite par le redressement doive nécessairement rester béante, mieux vaut assurément s'abtenir, alors même que la gibbosité daterait de moins de trois ans. Dans le cas contraire, on serait autorisé à agir, même si la bosse avait cet âge.

Je m'efforce, vous le voyez, Messieurs, de préciser les indications de l'intervention, tout en ne me dissimulant pas que ces distinctions manquent encore de la base solide que peut seule donner une observation clinique prolongée.

De fait, la question est encore à l'étude. Les recherches se poursuivent en ce moment. Il faut attendre les résultats définitifs, qui manquent encore, dans le plus grand nombre des cas, pour pouvoir préciser dans quelles limites il est permis de compter, non seulement sur la correction de la gibbosité, mais sur une correction durable.

Sachons gré, cependant, à MM. Calot et Chipault, de nous avoir montré que le redressement brusque des gibbosités du mal de Pott est souvent possible et possible sans danger. Mais remercions aussi M. Ménard de nous avoir mis en garde contre de trop grandes audaces, pouvant conduire à de cruelles désillusions.

Non, messieurs, en dépit de certaines affirmations qui n'ont trouvé que trop d'écho dans le public, le jour n'est pas encore venu où il n'y aura plus, la chirurgie aidant, de bossus en ce monde.

On empêchera sans doute, mieux que par le passé, la formation de gibbosités considérables, en s'attaquant aux déviations pottiques dès leur début. Mais il est à craindre que la bosse confirmée, déjà vieille et accentuée — redressable, peut-être, mais fatalement vouée à la récidive — ne reste à jamais au-dessus des ressources de notre art.

Trop heureux, serais-je, si les faits viennent montrer que les réserves, dont je n'ai pu me défendre et que j'ai cru devoir formuler en votre nom, sont exagérées.

(*Presse Médicale.*)

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DES MEMBRES

Rupture tendineuse du triceps fémoral.

Il a été récemment rapporté à la Société de Chirurgie des cas de rupture tendineuse du triceps fémoral. (Voir *Gaz. Méd.*, n° 22, 1897.)

Voici un cas semblable rapporté par M. le Dr Vandermissen, dans les Annales de la Société belge de Chirurgie (Voir *Rev. prat. des Trav. de Méd.*, n° 23, 1897.) Cas intéressant parce qu'il s'agissait d'une lésion bilatérale.

Le blessé était un homme de 47 ans, qui, en descendant une forte pente, au moment de quitter le trottoir, tomba inopinément. Il se trouva affaissé sur le sol, les deux jambes complètement pliées sous les cuisses. Au moment de l'accident, très vive douleur au niveau des deux genoux. Impossibilité de marcher et de se tenir debout.

Dans ce cas on peut invoquer comme cause prédisposante de la rupture musculaire la diathèse rhumatismale, car le sujet présentait des manifestations rhumatismales évidentes, se traduisant par des douleurs entre les deux jambes, les cuisses, les genoux et les épaules; il y avait dans la marche de la pesanteur et de la douleur dans les deux genoux. Du reste cette altération préalable du système tendineux s'était montrée l'année précédente par une rupture du tendon du triceps brachial, lors d'une chute sur le coude.

Le diagnostic de cette affection s'impose dans la plupart des cas par les symptômes suivants : disparition complète des mouvements d'extension de la jambe produisant une impotence absolue du membre; dépression sus-rotulienne, qui, au bout d'un certain temps après l'accident, peut être masquée par l'épanchement; écartement entre le tendon et la rotule; la rotule, maintenue seulement par le tendon rotulien, présente une mobilité anormale. On ne pourrait confondre la lésion qu'avec une fracture de la rotule; mais l'intégrité de cet os, facile à constater, lève tous les doutes.

Le traitement de choix est la suture, qui a, sur le traitement mécanique la supériorité de donner plus fréquemment la guérison et en moins de temps.

Résultats définitifs obtenus par les opérations sanglantes dans les cas de luxation congénitale de la hanche.

Hoffa (de Wurzbourg) (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 et 20 mai 1897) ne considère pas que les résultats obtenus avec la réposition simple, non sanglante, permettent actuellement de se faire une opinion bien arrêtée sur les avantages de ce procédé : l'opération sanglante au contraire a fait ses preuves. Cette opération est sans danger si l'asepsie est minutieuse ; il est préférable de ne pas suturer la plaie, mais bien de la laisser ouverte. Il est enfin fort important de respecter entièrement les muscles, comme Lorentz l'a le premier conseillé.

L'opération la mieux réussie ne peut donner un retour à la normale, car la tête du fémur est toujours déformée dans de grandes proportions : par suite de cette déformation, la cavité creusée au cours de l'opération et destinée à recevoir la tête du fémur sera toujours située plus en avant et plus haut que la cavité normale. La position et la mobilité de la jambe ne seront donc jamais entièrement conformes à l'état sain.

L'angle obtus formé dans les conditions normales par la réunion du col au grand trochanter fait place, en cas de luxation congénitale, à un angle droit, et la tête du fémur se trouve dans le même plan horizontal que le grand trochanter. Le col présente des modifications importantes et la jambe est raccourcie.

Pour bien maintenir la tête du fémur, il faut que la cavité glénoïde artificielle présente des rebords fortement accusés ; les mouvements sont ainsi entravés en partie, surtout la flexion et l'abduction.

Dans les cas de luxation unilatérale l'opération remet tout en l'état, à l'exception du raccourcissement dû à la déformation du fémur : le massage et l'électrisation des masses musculaires donneront des résultats fonctionnels durables, car l'enfant abaisse le bassin du côté opéré pour corriger le raccourcissement et la marche ressemble alors souvent à tel point à la normale, qu'il faut une certaine attention pour reconnaître quelle est la jambe qui a subi une opération.

Quand on a affaire à des cas de luxation bilatérale, on obtient avec l'opération une disparition de la lordose et une amélioration considérable de la marche ; on facilite enfin les mouvements d'abduction.

L'auteur a fait dans ces derniers temps quatre-vingt-quatre opérations sur soixante malades, avec deux morts : un de ces derniers cas concerne un enfant de 13 ans. L'étude de ce cas a convaincu Hoffa de la nécessité de ne pas laisser dépasser l'âge de 8 ans à l'enfant qu'on doit opérer. Plus tard les déformations de l'extrémité supérieure du fémur sont trop marquées, et la réposition exige des manœuvres nombreuses qui déterminent des contusions musculaires et facilitent ainsi l'infection.

Le pansement fait au moment de l'opération est enlevé au bout de quatre à huit jours : la plaie est guérie au bout de trois à quatre semaines, ce qui permet d'instituer, au commencement du second mois après l'opération, le traitement mécanique ; *jamais on ne se sert, dans ce but, d'appareils orthopédiques* : quand on a enlevé, au bout de quatre à six semaines, l'appareil plâtré, placé au moment de l'opération, on passe de suite aux exercices gymnastiques sans appareils : ces exercices seront recommandés pour une durée de deux mois, si la luxation est unilatérale, et pour une durée de quatre mois si elle est bilatérale. Les quarante-deux cas guéris ne présentèrent aucune récidive : il n'y eut que deux ankyloses, qui n'exercèrent du reste que peu d'influence sur le résultat obtenu. L'auteur n'a observé aucune de ces contractures musculaires qui viennent, si l'on adopte la méthode de Lorentz, parfois compliquer la situation.

Hoffa préconise actuellement une incision longitudinale descendant le long de la face antérieure du fémur à partir du grand trochanter : les contractures signalées par Lorentz tiendraient à l'obliquité de l'incision adoptée par ce dernier.

La gymnastique sera limitée aux mouvements actifs.

En résumé, l'opération sanglante doit être vivement recommandée, si la réposition simple a échoué.

(*Rev. de Thér.*, n° 11, p. 378, 1897.)

Luxation iliaque de la hanche gauche chez un vieillard.

M. Briau (*Lyon méd.*, n° 23, p. 192, 1897) cite un cas de luxation iliaque de la hanche chez un vieillard. De ses recherches bibliographiques, à ce sujet, et de l'examen pathogénique du malade, il conclut :

La luxation fémorale est donc une rareté chez les vieillards et l'évolution physiologique de l'articulation et de ses éléments l'explique : l'âge diminue la résistance du col du fémur, il augmente, au contraire, celle de l'appareil ligamenteux qui s'y insère. On sait (Merkel) qu'il se produit un véritable travail d'absorption qui mine et ruine l'architecture primitivement si solide de l'os. Les aréoles du tissu spongieux se fondant les unes dans les autres arrivent à constituer une sorte de canal médullaire entouré d'une coque d'une minceur extrême. Une autre cause de diminution de résistance réside dans les modifications de l'angle d'insertion du col sur la diaphyse : il se produit, suivant les mensurations de Rodet, un abaissement de cet angle qui, au lieu de 131° chez l'adulte, arrive à mesurer 128° chez le vieillard.

L'appareil capsulaire, suivant l'évolution du tissu conjonctif dans l'organisme, s'épaissit au contraire et tend à s'incruster de sels calcaires.

Un léger traumatisme suffit dans ses conditions à fracturer l'os raréfié ; la luxation chez l'adulte demande un

traumatisme violent, ce même traumatisme dans la grande majorité des cas produira la fracture chez le vieillard, avant que l'articulation épaissie ait à souffrir.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Contribution bactériologique à l'étude des abcès péri-urétraux compliquant la blennorrhagie.

M. le professeur Pellizzari a démontré depuis longtemps que dans le plus grand nombre des abcès péri-urétraux compliquant la blennorrhagie, le gonocoque seul, assez rarement associé à d'autres germes pyogènes, était la cause de la suppuration.

M. le Dr Stanziale ajoute trois nouvelles observations qui confirment l'opinion de Pellizzari. L'examen du pus de ces abcès a démontré la présence d'un petit nombre de gonocoques ; quelques staphylocoques s'y rencontraient également. La présence constante du gonocoque dans ces abcès ne laisse aucun doute sur son importance pyogénique, celle-ci est hors de doute dans une des trois observations, où, seul, il a été rencontré comme l'unique microorganisme du produit purulent. La conclusion de l'auteur est donc admissible lorsqu'il affirme que le gonocoque peut déterminer et produire la suppuration.

(*Rif. méd.*, n° 32, 1897 et *Trib. méd.*, n° 21, 1897).

Traitement simple de l'hydrocèle par les injections iodées, précédées d'une anesthésie de la vaginale à l'antipyrine.

La cure radicale de l'hydrocèle a constitué un progrès sérieux dans le traitement de cette affection; il est certain que, par ce procédé opératoire, on évite à coup sûr la récidive, puisque les lésions causales sont visibles et étalées. Cependant, ainsi que nous l'avons dit ici même, beaucoup d'hydrocèles guérissent par le traitement ordinaire, et la cure radicale n'est indiquée d'une façon absolue, que lorsque la ponction et l'injection ont échoué, ou qu'on se trouve en présence d'une pachyvaginalite d'emblée, ce qui est rare.

M. Ponsson, à ce sujet, attire l'attention sur un procédé simple qui lui est propre, qui réduit au minimum la douleur et qui nous paraît en tous points recommandable. Il supprime d'abord à peu près, par une pulvérisation, très limitée, au chlorétbyle, la sensation peu pénible de piqûre des téguments; puis, pour supprimer celle beaucoup plus douloureuse qui résulte du contact de la teinture d'iode avec les parois de la vaginale, il a recours à l'anesthésie due à l'injection d'une solution d'antipyrine de 2 à 3 0/0, évitant ainsi les dangers qui peuvent résulter de l'emploi de la cocaïne. (*Affections chirurgicales des organes génito-urinaires.*)

Voici, d'ailleurs, le procédé opératoire : 1° Lavages du scrotum au savon au sublimé et anesthésie des téguments à l'aide du chlorétbyle, dont le jet est dirigé à travers le trou d'une plaquette de coton ; 2° Ponction de la vaginale; 3° Le liquide évacué, introduction, non avec la seringue, mais avec un entonnoir, selon le procédé de Guyon, d'autant de la solution d'antipyrine qu'il peut en pénétrer; on laisse la solution en contact avec la vaginale pendant cinq minutes; 4° Injection de teinture d'iode pure on aqueuse, avec l'entonnoir, et après malaxation du scrotum, évacuation ; 5° Le trocart retiré, s'abstenir du collodion, souvent douloureux, et irritant; froisser simplement les enveloppes du scrotum au niveau de la piqûre et appliquer un bandage ouaté, méthodiquement comprimé et fortement appliqué sur la face interne de la cuisse.

La plupart des malades ainsi traités n'ont éprouvé aucune douleur ou une sensation de courte durée, et la réaction opératoire a été insignifiante.

(*Journ. des Prat.*, n° 23, 1897.)

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Exosplénopexie pour tumeur de la rate.

A l'avant-dernière séance de l'Académie de Médecine (séance du 1er juin 1897) **M. Houzel** (de Boulogne) a présenté un cas d'extirpation d'une énorme hypertrophie de la rate par l'exosplénopexie faite d'après les mêmes règles que celles qu'applique le professeur Poncet (de Lyon) pour faire l'exothyropexie. Le ventre ouvert, la rate remplissait la cavité abdominale et le petit bassin, elle avait de nombreuses adhérences avec l'intestin et le côlon. La capsule de la rate fut fixée à la séreuse péritonéale et aux lèvres de la plaie abdominale par une suture. On fit une espèce de marsupialisation de ce viscère.

La rate était exposée sur une étendue de quatre doigts. Elle fut recouverte de gaze iodoformée. Sous l'influence du contact de l'air, elle fut éliminée sous forme de bouillie. Le sphacèle finit par détacher tout ce qui restait de la rate sous forme d'une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte. En deux mois la malade était guérie.

De l'appendicite à forme pelvienne.

Il existe une forme d'appendicite qui, en raison du siège maximum des lésions, a été appelée appendicite intra-pelvienne par le professeur Poncet. C'est cette variété d'appendicite que M. Dormoy a pris pour sujet de sa thèse inaugurale. Son travail est basé sur dix-sept observations, dont neuf concernent des hommes et huit des femmes.

Le diagnostic de cette affection doit être établi chez l'homme par le toucher rectal combiné avec le palper abdominal, chez la femme par ce même mode d'exploration associé au toucher vaginal.

L'appendicite intra-pelvienne comporte le plus souvent

une intervention chirurgicale qui, l'indication opératoire établie, devra être hâtive. Le procédé opératoire : laparatomie iliaque sons-péritonéale, laparatomie médiane, incision par le rectum ou par le vagin, est subordonné à la localisation plus ou moins prononcée de l'abcès sur tel ou tel point. On abordera le phlegmon par la voie où il est le plus accessible, par le chemin qui conduit le plus directement sur lui.

Dans les dix-sept observations de M. Dormoy, trois fois la maladie a guéri sans opération. Dans les quatorze interventions, la mort est survenue trois fois : dans ces trois cas elle paraît imputable à des accidents de rétention qui constituent le véritable danger et deviennent le point de départ d'une suppuration prolongée et de septicémie chronique.

L'indication thérapeutique est donc, dans cette forme profonde intra-pelvienne d'appendicite, d'ouvrir rapidement la collection infectieuse et d'assurer aussi complètement que possible l'écoulement des liquides. Pour ce faire, il pourra être utile parfois d'établir une contre-ouverture et un drainage en anse.

(*Rev. prat. des Trav. de Méd.*, n° 23, 1897).

COU, CRANE, FACE

Kystes séreux du cou.

M. Duplay (*Presse méd.*, n° 45, p. 249, 1897), dans une clinique sur ce sujet, donne le traitement suivant des kystes séreux du cou :

Trois modes d'intervention sont susceptibles d'amener leur guérison : 1° La ponction simple ou avec injection irritante ; 2° L'extirpation complète du kyste ; 3° L'extirpation partielle de la poche.

La première méthode est à rejeter.

La seconde méthode est la seule vraie, car elle amène une guérison rapide et complète. Mais elle n'est pas possible dans tous les cas. Il est des kystes dont la paroi ne peut être entièrement disséquée. C'est alors seulement que l'on fait la résection partielle de la poche, bourrant ensuite la plaie de gaze iodoformée de façon à obtenir par seconde intention une réunion qui sera évidemment plus lente à venir et aussi plus étendue que la réunion obtenue par résection totale.

CHIRURGIE DU SYSTÈME NERVEUX

Les névrômes plexiformes.

Ces tumeurs sont assez rares; elles viennent d'être étudiées par **Floersheim**, dans le *Journal des Praticiens.* Elles sont souvent congénitales, datent de l'enfance, et siègent de préférence à la tête et au cou. En général, il s'agit d'une masse à large implantation retombant comme un pli cutané épaissi, assez volumineux. La peau peut ne pas changer d'aspect; elle est généralement rugueuse; à la palpation on sent une série de cordons noueux, durs, donnant la sensation d'un paquet de ficelles, d'un varicocèle; pas de souffles, ni de battements; quelquefois il y a de l'anesthésie. La plupart du temps la douleur manque; la masse ne gêne que par son poids. L'évolution est lente.

Au point de vue anatomique il s'agit d'un néoplasme diffus, constitué par des tubes nerveux altérés.

Le diagnostic de ces tumeurs est extrêmement facile, dès lors qu'on a eu l'occasion d'en observer une ; on ne pourrait penser qu'à un lymphangiôme, une tumeur cirsoïde, qui toutes deux présentent des souffles. On doit songer également à l'éléphantiasis vrai qui en a l'aspect, mais ne donne pas la sensation de cordons noueux.

Le seul traitement est l'extirpation. Certaines tumeurs sont d'une étendue telle qu'il vaut mieux ne pas y toucher ; mais l'opération étant résolue, il faut faire l'ablation la plus large possible, dépasser les limites du mal ; il existe généralement assez de peau pour permettre de réunir directement les lèvres de la plaie ; dans le cas contraire, on aurait recours à la greffe.

(*Rev. prat. des Trav. de Méd.*, n° 23, 1897.)

ESQUISSES D'HYDROLOGIE CLINIQUE

Appendicite et atonie.

On a longuement discuté, dans ces derniers temps, au sujet de l'appendicite, et tous nos lecteurs ont encore, présentes à l'esprit, les récentes communications faites à l'Académie et à la Société des hôpitaux. A mon sens, les orateurs n'ont peut-être pas assez insisté sur la grande cause des entéro-colites et des typhlites en général : l'atonie gastro-intestinale. Que de fois cette habituelle paresse de l'intestin n'entraîne-t-elle pas la phlogose et l'infection stercorales !

Multiples sont les origines de l'atonie : vêtements mal faits ou trop serrés, relâchement des muscles abdominaux, négligence de la discipline intestinale indispensable, entéroptose de Glénard, vie sédentaire, abus du régime carné et condimenté, disposition arthritique aux catarrhes et aux fermentations; telles sont les causes que nous incriminons, le plus souvent, dans la pratique journalière, pour expliquer l'acrinie du gros intestin et la diminution de son péristaltisme physiologique.

La torpeur du foie est aussi, suivant l'école anglaise, une grande cause de coprostase, de sécheresse des fèces, d'inactivité rectale et d'obstruction du ventre. Le foie n'est-il pas, le premier, en cause, lorsque nous déplorons le trouble des mutations nutritives? Dans ces cas de *torpid liver*, la meilleure médecine est encore la médecine traditionnelle, qui cherche, tout d'abord, à opérer une déplétion des humeurs, pour réparer ensuite, aux frais de

matériaux neufs, la constitution des tissus. L'émonctoire intestinal est le plus commode et le plus énergique de tous, pour dégager et renouveler les élaborations cellulaires et restituer, peu à peu, l'intégrité fonctionnelle de la sanguification. C'est ainsi que l'action sécrétoire et assimilatrice d'Hunyadi Janos contre la langueur du foie est, aujourd'hui, universellement admise comme une prophylaxie des plus salutaires.

D'autre part, l'atonie gastro-intestinale possède, dans l'eau purgative naturelle, un remède fidèle et toujours efficace. Par son pouvoir eccoprotique et lubréfiant, stimulant et régulateur, Hunyadi Janos a conquis, d'ancienne date, les préférences des plus grands praticiens. Plus encore comme mesure préventive que comme moyen curatif, elle nous représente le type de l'évacuant, capable de restituer à l'intestin sa tonicité normale et d'empêcher les hyperplasies réactionnelles de la constipation, en faisant la chasse à tous ces résidus dont la stagnation sert toujours de point de départ à la phlegmasie cæcale.

L'usage habituel de la célèbre source hongroise détermine, au surplus, une sorte d'immunité toxique et hématogène, qui tient beaucoup à la remise en état des glandes digestives et à la décongestion de la circulation abdominale. « La nutrition, c'est la vie », disait Galien et, avec lui, les galiénistes modernes le proclament, par la voie de Bouchard et d'A. Gantier : toute médication trophique est une médication macrobiotique.....

L'eau purgative naturelle possède une action d'ailleurs complexe, mais qui aboutit à ces deux résultantes désirées : stimulation contractile des fibres lisses, d'une part, hypersécrétion et dégorgement hépatique et glandulaire, d'autre part. Cette médication suffit, dans la majeure partie des cas, pour exhausser la vitalité générale, chez les sujets torpides et mettre obstacle aux auto-intoxications. Si l'on songe, du reste, que la diathèse qui domine la pathologie contemporaine, je veux dire l'arthritisme, se réduit, au fond, à l'accumulation, dans les plasmas, de principes extractifs toxiques ou fermentescibles, il est impossible de méconnaître la nécessité d'une élimination régulière par un cathartique de choix, tel que celui que nous offre la Nature dans l'eau d'Hunyadi Janos.

Dr E. Monin.

Les Bains salins de la Mouillère, près Besançon.

Eaux naturelles, iodo-bromo-iodurées fortes et eaux-mères.

Pour tous ou presque tous, de la prime enfance à la vieillesse, la vie moderne devient une lutte intensive où les forces s'épuisent où les organismes s'altèrent et finiraient par succomber vite, si la trêve forcée des vacances ne leur apportait un repos indispensable. Encore cette période de repos doit-elle être en même temps une période de réparation et de préparation, de remise en état de l'organisme et de mise en réserve de nouvelles forces.

Tout cela, on va le demander, et avec raison, aux grands modificateurs naturels de la nutrition : changement d'air et d'altitude, exercice, régime, hydrothérapie, bains de mers et cure d'eaux thermo-minérales.

Parmi ces dernières, les eaux salées à forte concentration, type *la Mouillère*, jouent un rôle capital et de plus en plus apprécié, qui tend à vérifier l'antique dicton : *in sale salus*. C'est que ces eaux salées et leurs eaux-mères sont, avant tout, toniques et reconstituantes ; elles sont, par conséquent, indiquées dans toutes les affections où se rencontrent, à titre d'élément constitutif ou seulement même à titre de complication, une certaine débilité congénitale ou acquise, un certain degré d'anémie, d'asthénie nerveuse, d'atonie générale.

C'est, en effet, aux débilités, au lymphatisme, à la scrofule et aux tuberculoses localisées d'une part ; aux affections chirurgicales anciennes (ganglionnaires, osseuses et articulaires) et à certaines maladies chroniques de la femme (tumeurs fibreuses, utérines en particulier) de l'autre, que s'applique la véritable spécialisation des eaux de *la Mouillère*.

On peut dire même que *la Mouillère-Besançon*, avec sa forte bromuration, avec sa chloruration formidable (291 grammes par litre) jouit d'une particulière efficacité, au premier rang parmi ces eaux dont la puissance, selon Durand-Fardel, peut être évaluée d'après leur teneur en chlorure de sodium.

A ces avantages, *la Mouillère* joint ceux de son climat de petite altitude, de sa situation dans une contrée ravissante, de son installation confortable et luxueuse avec son établissement pourvu d'un outillage très complet, dernier mot de la science hydrologique moderne, avec son splendide Casino et son Grand-Hôtel des Bains.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

MM. Genouville, 22 ; Auvray, 24 ; Souligoux, 22 ; Glantenay, 26 ; Reymond, 23 ; Rebiaud, 23 ; Cazin, 23 ; Thiéry, 28. Guillemain, 29 ; Delbet, 23 ; Peraire, 22.

VARIA

Le Conseil municipal de Paris a décidé dernièrement que le nom de Villemin sera donné à une des grandes voies de Paris ; sur les plaques on lira : « Docteur Villemin a découvert la contagion de la tuberculose ».

Une autre grande voie, avenue ou boulevard, portera le nom d'Alphonse Guérin.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU.**

TRAVAUX ORIGINAUX

Étude sur les sensations illusoires des amputés (1).

Par le Dr A. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

(Suite et fin.)

2. — Phénomènes psycho-moteurs : mouvements volontaires illusoires dans les membres fantômes.

Nous avons vu que certains amputés peuvent mouvoir librement leurs extrémités fantômes. Il leur semble qu'ils étendent ou fléchissent leurs orteils, qu'ils ouvrent ou ferment leurs mains, qu'ils placent leurs doigts dans la position qu'on leur donne généralement pour écrire ou pour jouer du piano. Ces mouvements illusoires s'observent non seulement chez les amputés du cou-de-pied ou du poignet, chez lesquels les muscles moteurs des orteils ou des doigts sont en partie conservés, mais aussi chez les amputés de la cuisse ou du bras.

Weir Mitchell d'abord, J.-M. Charcot ensuite, ont tiré des faits de ce genre des conclusions peut-être un peu hâtives. Le premier en induit que « la volonté de mouvoir certaines parties est accompagnée de conditions mentales qui représentent devant la conscience le mouvement lui-même, la force avec laquelle il s'accomplit et la série des changements de position dont il se compose ». Il admet en définitive que l'idée, que se font généralement les physiologistes de la nature centripète du sens musculaire, est erronée; car « la volonté du mouvement et la conscience de ce mouvement sont des faits contemporains s'accomplissant simultanément dans les centres nerveux ». Charcot est à peu près du même avis. Il pense que les mouvements illusoires des amputés plaident en faveur de la théorie qui veut que la représentation mentale motrice, qui précède nécessairement l'accomplissement de tout mouvement volontaire, est bien un phénomène primitif, central, et non la conséquence immédiate de notions kinesthésiques résultant de l'accomplissement du mouvement s'effectuant déjà.

Les observations que nous avons faites ne permettent pas d'accepter ces déductions. Il en résulte bien que le phénomène de conscience, en vertu duquel l'illusion des mouvements volontaires du fantôme se produit, est indépendant des excitations partant des muscles exécuteurs de ces mouvements. Sur ce point, pas de doute. Mais est-il également indépendant de *toute excitation centripète?* Cela ne nous paraît pas démontré. L'exécution d'un mouvement volontaire, si limité soit-il, implique la mise en activité synergique de presque tous les muscles du corps. Quand nous fermons notre poing, quand nous étendons l'index, les muscles du bras, ceux de l'épaule, ceux

(1) Extrait des *Annales médico-psychologiques*, janvier-février 1897.

du tronc ne sont pas exactement dans le même état que quand nous ne faisons aucun mouvement. Lorsqu'un amputé de l'avant-bras ou du bras essaie de mouvoir sa main fantôme, ces mouvements synergiques des muscles du bras, de l'épaule, du tronc déterminent de petits tiraillements dans la cicatrice du moignon, et ces tiraillements, transmis au cerveau, pourraient fort bien jouer, dans l'appréciation de l'acte moteur, le rôle que jouent, à l'état normal, les excitations centripètes parties des muscles au moment de leur contraction.

Si les idées émises par Weir Mitchell et par Charcot étaient exactes, l'illusion du mouvement devrait se produire même en l'absence du fantôme, ou, pour mieux dire, la volonté d'exécuter un mouvement dans l'extrémité absente devrait toujours provoquer l'illusion mentale de son exécution. Or, il n'en est rien. Quelques amputés ne sentent pas, ou ne sentent plus, leurs membres fantômes. Ceux-là n'ont pas d'illusions motrices. Ils ont beau vouloir un mouvement, ils n'ont pas la sensation illusoire de son exécution. De même quand, chez un amputé ayant bien nettement la sensation de l'existence du membre absent et l'illusion de sa mobilité volontaire, nous faisons disparaître le fantôme par l'injection hypodermique de cocaïne, le sujet perd à la fois la sensation de l'existence du membre et la possibilité de le mouvoir volontairement. Or, dans ce cas, il n'y a rien de changé dans les centres nerveux. L'expérience n'a fait que supprimer les excitations centripètes parties de la périphérie, et cette suppression a suffi pour abolir l'illusion du mouvement.

Loin de plaider en faveur de la théorie centrale du sens musculaire, les faits observés chez les amputés seraient donc plutôt de nature à confirmer la doctrine classique d'après laquelle les sensations kinesthésiques sont d'origine périphérique. Tout ce qu'on pourrait légitimement induire de ces faits, c'est que les sensations kinesthésiques, transmises au cerveau par voie centripète, y peuvent donner lieu à des erreurs d'appréciation, au même titre que les autres impressions sensitives.

3. — Phénomènes psycho-sensoriels associés a la sensation illusoire des extrémités fantomes.

Dans une foule de circonstances, les sensations illusoires des amputés se précisent et deviennent plus intenses à la suite de circonstances dont aucune excitation centripète ne peut fournir l'explication. L'un de nos amputés de jambe, qui se promène presque toute la journée, ne songe guère à son pied fantôme que lorsqu'il traverse des attroupements, ou lorsqu'un chien aboie derrière lui. Dans ces conditions seulement, il a la sensation très nette de l'existence du pied qui lui manque; il cherche à le protéger contre les heurts de la foule; il a peur que le chien vienne le mordre. C'est là un phénomène banal de sollicitation de l'attention par la peur. Notre malade est comme les garçons de recettes qui traversent la ville sans la moindre préoccupation quand ils ne portent pas de valeurs, et qui surveillent avec un soin extrême leurs portefeuilles quand ils rentrent à la banque chargés du produit de leurs recouvrements. Il ne sent mieux son pied fantôme dans les moments où il le croit en danger, que parce qu'il fixe plus fortement sur lui son attention. A l'état normal, nous ne sentons pas, non plus, nos extrémités; mais si nous nous attendons à y éprouver une sensation douloureuse, nous nous rendons parfaitement compte de leur existence, et le moindre contact, grossi par l'*expectant attention*, est perçu avec une intensité inaccoutumée.

Dans d'autres cas, et par un mécanisme un peu différent, les amputés ressentent dans leurs extrémités fantômes, sous l'influence d'excitations imaginaires, des sensations analogues à celles qu'ils éprouveraient dans leurs membres intacts, si ces membres étaient réellement soumis aux mêmes causes d'excitation. Ainsi, trois de nos amputés de jambe ou de cuisse, éprouvent, quand ils sont obligés de traverser, pendant l'hiver, des flaques d'eau, une sensation parfaitement précise de froid humide au pied fantôme, au moment où leur pilon plonge dans la nappe liquide. La fixation de l'attention ne suffit évidemment pas pour expliquer ces faits; il faut qu'il s'y ajoute un acte de mémoire. Le contact du pilon avec l'eau froide ne saurait, en effet, par lui-même, provoquer une excitation sensitive. Si, après ce contact, le malade éprouve dans le pied fantôme une sensation précise de froid humide, cela tient, sans aucun doute, à ce que l'image de l'eau froide est liée dans son esprit, par une association ancienne, avec l'image de l'impression de froid humide que cause habituellement l'application de l'eau froide sur nos organes. Il se figure que c'est son pied qui touche l'eau, et il y éprouve aussitôt la sensation de froid humide qu'il sait pertinemment liée au contact de l'eau froide. Un autre de nos malades, amputé de jambe, ressent dans son pied fantôme une sensation de distension doulou-

reuse, analogue à celle qui se produit dans l'entorse, quand son pilon vient à porter à faux et à glisser sur quelque inégalité du sol. Ici encore, il s'agit d'une sensation évoquée par la reviviscence d'un souvenir, et faussement interprétée par la conscience. A l'état normal, ces reviviscences de sensations évoquées par des reviviscences de souvenirs ne sont pas rares. Nous ressentons souvent, après avoir couché dans un hôtel d'une propreté douteuse, des démangeaisons à la peau, bien qu'aucun insecte suspect ne se soit promené sur notre corps. Beaucoup de personnes sentent des piqûres de puces imaginaires si quelqu'un se gratte devant elles. Il n'y a, de plus, chez les amputés, que la fausse localisation de la sensation sur le membre fantôme. Or, cette erreur de localisation est subordonnée à l'illusion antérieure de l'existence de l'extrémité fantôme.

Ce qu'il y a, en effet, de très particulier et de très intéressant dans ces phénomènes d'associations psycho-sensorielles et psycho-motrices, c'est que, bien qu'étant évidemment d'origine centrale, ils ne se produisent avec quelque netteté que chez les sujets ayant, au préalable la sensation illusoire de l'existence du membre fantôme. Si cette sensation primordiale manque, les phénomènes centraux restent à l'état faible; ils ne sont pas accompagnés de l'erreur de conscience qui localise les sensations associées dans les parties absentes du corps.

Il se passe là quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans l'expérience bien connue de la pièce de monnaie collée au front. Elle consiste à appliquer sur le front d'une personne une pièce de monnaie, et, après l'avoir comprimée assez fortement pour provoquer une sensation désagréable, à l'enlever sans que le sujet s'en aperçoive. Celui-ci s'imagine alors que la pièce est restée collée à son front, l'illusion est si précise, qu'après avoir fait des efforts inutiles pour la détacher en contractant ses muscles frontaux et sourciliers, il porte la main au siège de la sensation illusoire et est tout étonné de n'y plus trouver l'objet qu'il croyait y sentir. Mais l'expérience ne réussit que si la pression de la pièce sur la peau a donné lieu à une sensation assez forte pour persister pendant quelque temps. Si cette sensation n'est pas assez énergique, l'illusion de l'adhésion persistante du corps étranger fait défaut.

La conclusion générale qui se dégage de l'ensemble des faits que nous venons de passer en revue peut être ainsi formulée :

Les sensations illusoires des amputés sont dues à des excitations partant des filets nerveux de la cicatrice et donnant lieu à des perceptions faussement interprétées par la conscience. Elles peuvent être influencées, dans une certaine mesure, par des phénomènes d'ordre psychique. La fixation de l'attention leur donne plus de netteté. Certaines associations d'idées ou de sensations les rendent plus précises. Mais elles ne sont jamais créées de toutes pièces par le cerveau. L'amputé ne localise des perceptions sur un point quelconque des membres absents que s'il a, au préalable, la notion illusoire de l'existence de ces membres, et cette notion est toujours d'origine périphérique.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'occlusion intestinale consécutive à la gastro-entérostomie.

Par M. G. Nové-Josserand, chirurgien des hôpitaux.

Depuis que l'opération de Wölfler, vulgarisée, est entrée dans la pratique courante, on s'est aperçu que le succès de cette intervention n'est pas complètement assuré par de bonnes sutures. Il est juste de dire que souvent, très souvent même, elle fait disparaître les troubles gastriques contre lesquels elle est dirigée, rétablit les fonctions digestives dans leur état normal ; mais on doit reconnaître aussi que, dans quelques cas exceptionnels, les vomissements persistent, et qu'on voit même survenir après elle des accidents, quelquefois légers et bénins, mais parfois plus accentués et graves qui se sont imposés à l'attention des chirurgiens.

La nature et les causes de ces complications ne sont pas encore parfaitement connues. On a incriminé, à la suite des gastro-entérostomies antérieures antécoliques, la compression du côlon par l'anse d'intestin grêle relevée au devant de lui pour être accolée à l'estomac ; mais on peut éviter aisément cette compression en faisant porter l'anastomose sur un point du jéjunum assez éloigné de l'angle duodéno-jéjunal, et l'usage de cette précaution n'a pas fait disparaître tous les accidents. On a alors pensé que l'accumulation de la bile et des aliments dans le bout supérieur de l'intestin anastomosé, pouvait devenir la cause d'une véritable occlusion intestinale par un mécanisme dont j'exposerai plus loin les détails.

La réalité de cette complication a été admise depuis longtemps par un grand nombre de chirurgiens. Sans vouloir les citer tous, je rappellerai qu'en France, Jaboulay, et plus récemment Villard, Regnier, Chaput, Ricard, et à l'étranger, d'après Roux, Billroth, Von Hacker, Miculicz, Kocher, Lucke, Lauenstein, Braun, Wölfler et Roux, lui ont attribué la mort de certains de leurs opérés. Cependant l'unanimité n'existe pas sur ce point : les faits anatomiques sur lesquels repose cette théorie ne sont pas très nombreux, et quelques chirurgiens des plus autorisés ne paraissent pas croire, sinon à l'existence, du moins à la fréquence de ces accidents et à la nécessité de chercher à les prévenir.

Le fait malheureux que je vais rapporter est un exemple probant d'occlusion intestinale due à la dilatation de la partie duodénale de l'anse anastomosée. Il comporte de plus un enseignement important en mettant en relief la nécessité, si l'on ne peut la prévenir, de faire à temps l'intervention nécessaire pour en arrêter l'évolution fatale.

Il s'agit d'un homme de 31 ans qui était entré à l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service de mon maître et ami le docteur Chappet pour un ulcère de l'estomac avec hyperchlorydrie, s'accompagne déjà depuis assez longtemps de sténose pylorique. Celle-ci ayant résisté au traitement médical d'usage suffisamment prolongé, et en présence d'une cachexie déjà inquiétante, nous posâmes, M. Chappet et moi, l'indication d'une gastro-entérostomie qui était, du reste, réclamée avec instance par le malade.

L'intervention fut pratiquée le 1er février. Elle consista en une gastro-entérostomie antérieure antécolique dans le détail de laquelle je n'entrerai pas, il suffit de rappeler les points suivants : l'anse choisie pour l'anastomose appartenait au jéjunum et siégeait à environ cinquante centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. Elle fut fixée à la face antérieure de l'estomac, très près de la grande courbure à cause de la difficulté d'attirer au dehors la paroi gastrique dont toute la petite courbure était fixée au foie par des adhérences très fortes et à environ dix centimètres du pylore qu'on ne pouvait du reste ni voir, ni sentir. L'accolement fut fait sur une étendue de sept à huit centimètres, sans suspension du bout supérieur, ni rotation de l'anse. La bouche avait environ quatre centimètres de diamètre. Tout fut suturé à la soie fine, suivant le procédé de Jaboulay et Brian, avec la petite modification suivante : tandis que, d'après eux, il faut commencer par ouvrir les deux cavités intestinale et gastrique pour suturer ensuite chacune de leurs lèvres par un double surjet séro-séreux et muco-muqueux, j'ai commencé par adosser avant de les ouvrir l'estomac à l'intestin par un surjet séro-séreux, après quoi je les ai ouverts à environ deux millimètres de la ligne des sutures et j'ai terminé en faisant le surjet muco-muqueux postérieur, puis les surjets muco-muqueux et séro-séreux antérieur.

J'insiste en passant sur ce petit détail de technique qui me paraît faciliter beaucoup la fonction de l'aide chargé de maintenir en place les viscères et qui permet aussi de protéger mieux le péritoine sous-jacent.

Les suites opératoires furent tout à fait simples. La température n'atteignit pas 38°, le malade commença à s'alimenter au bout de quarante-huit heures; tous les liquides qu'il absorba, lait, café, champagné furent bien tolérés, et son état demeura excellent jusqu'au 7 février, c'est-à-dire pendant une semaine.

A ce moment, il commença à se plaindre d'une sensation de plénitude et de gêne douloureuse dans la région de l'hypochondre droit. Le lendemain, 8 février, grand vomissement bilieux, en quelques heures le malade rend environ trois litres de liquide porracé. Pouls et température normaux. Ventre souple, non ballonné, non douloureux; il ne peut être question de péritonite. Dès ce moment, je pensai à l'accumulation de la bile dans le bout supérieur, mais les accidents paraissant s'amender, j'attendis.

En effet, il y eut encore quelques vomissements dans la journée du 8, puis tout rentra dans l'ordre, et le lendemain le malade se trouvait dans un bien-être tel qu'il demandait à manger se croyant guéri. Il parut l'être, en effet, jusqu'au 12 février. Mais à ce moment les vomissements reparurent avec les mêmes caractères bilieux, abondants, sans élévation de température, ni signes de péritonite.

Le diagnostic n'était pas alors douteux, et l'intervention consistant à anastomoser ensemble l'anse ascendante ou duodénale et la descendante ou jéjunale avait une indication formelle. Cependant, en me fondant sur la disparition rapide des accidents la première fois, et sur l'état général assez bon, je décidai d'attendre au lendemain, espérant que la crise passée, l'opération se ferait dans des conditions plus favorables.

Le lendemain, 13 février, l'état général était mauvais, le facies grippé, le pouls petit, les extrémités

froides, les vomissements continuaient incessants ; on avait l'impression d'un malade atteint d'occlusion intestinale aiguë. Il y avait en ontre de la contracture des mains et des mâchoires ressemblant à de la tétanie. Cependant la température était tonjonrs normale, le ventre sonple, non ballonné ; on sentait seulement par la palpation an-dessous des fansses côtes droites, une poche pleine de liquide dans laquelle les mouvements provoquaient un glouglou manifeste. Je pratiquai de suite la laparatomie : la face antérieure de l'anastomose était adhérente au péritoine pariétal, mais ces adhérences étaient peu étendues, et il n'y avait aucune trace de péritonite. Reconnaissant alors les deux jambes de l'anse anastomosée, je tronvai celle située à droite, c'est-à-dire l'anse duodénale très distendue ayant au moins la circonférence du poing et contenant une grande quantité de liquide bilienx. La jambe ganche ou jéjunale de l'anse était, au contraire, vide, affaissée, comme l'intestin, au-dessons d'une occlusion complète. J'anastomosai ces deux portions d'intestin, puis je refermai.

Cette intervention, sans doute trop tardive, ne pnt empêcher la mort, qui survint le lendemain 14 février.

L'autopsie nous montra un ulcère de l'estomac situé près de la petite courbure, au niveau du pylore, et fixé par de très fortes adhérences au foie, qui présentait au-dessous de l'nlcère une cavité pleine de liquide ressemblant à de la bile, mais plus clair. Il y avait de plus sur l'intestin grêle un petit noyau framboisé ressemblant à un point de miliaire cancérense du péritoine. L'examen histologique nous renseignera sur sa véritable nature.

Rien de spécial à noter du côté des anastomoses qui étaient tontes deux en bon état ; la distension de la partie dnodénale de l'anse avait disparu. Le mésentère avait ses dimensions normales ; l'anastomose siégeait à cinquante centimètres de l'angle duodéno-jéjunal.

Il ne peut persister aucun doute au sujet de l'interprétation à donner à cette observation. L'hypothèse d'une infection péritonéale ne peut se soutenir en présence des symptômes observés et de l'intégrité du péritoine constatée à deux reprises de la façon la plus certaine. De plus, nous avons trouvé du côté de l'intestin des déformations évidentes : aplatissement et vacuité de la partie jéjunale de l'anse anastomosée, dilatation et réplétion de la partie duodénale de cette anse. Ces faits, mis en regard de l'histoire clinique de notre malade, démontrent bien qu'il a snccombé à nne occlusion intestinale siégeant au niveau même de l'anastomose et en rapport évident avec la distension du dnodénum.

Cette observation vient donc s'ajouter aux faits déjà connus de Reynier, Chapnt, Ricart, Ronx, Ihben, etc., ponr montrer qne cette complication a une existence bien réelle, et qn'il faut se préoccuper des moyens de la prévenir, mais pour cela nne notion aussi exacte que possible de sa pathogénie est indispensable.

I

Lorsqu'on réfléchit aux conditions dans lesquelles se fait la circulation des matières après une gastro-entérostomie antérieure simple, on en vient à s'étonner, non pas de l'existence d'accidents de ce genre, mais de lenr rareté.

En effet, après cette opération, l'intestin véritable commence an niveau de l'anastomose au point où le jéjunum s'ouvre dans l'estomac, tandis que toute la portion d'intestin grêle sus-jacente, soustraite au cours des matières, n'a plus pour fonction que d'apporter la bile et le suc pancréatique. Pour que tout aille bien, il faudrait que tout le contenu de l'estomac passe dans le bout jéjunal, le bont duodénal se consacrant exclusivement à son rôle de canal excréteur. Or ces deux portions d'intestin s'onvrant dans l'estomac de la même manière, sont également bien disposées pour recevoir les matières, et forcément nne partie d'entre elles pénètre dans le bont supérieur ou duodénal. Là elles n'ont d'autre ressource qne de stagner on de revenir dans l'estomac, cette portion d'intestin étant borgne ; elles prennent sans doute souvent ce dernier parti, et l'on peut s'expliquer ainsi l'absence fréquente d'accidents.

Mais que le retour de ces matières dans l'estomac soit empêché ou seulement gêné, alors elles vont s'accumuler, distendre l'anse qui les contient, et les accidents seront proches. En effet, du moment où la dilatation de la portion duodénale devient suffisante pour gagner son embouchure stomacale, celle-ci ne pouvant augmenter ses dimensions qn'aux dépens de sa voisine, la bouche jéjunale la comprime, à mesure qu'elle grandit, elle devient la voie préférée des matières qui la distendent de plus en plns jusqu'au moment où le jéjunum refoulé et aplati ne reçoit plus rien : l'iléus se tronve alors constitué.

C'est donc le reflux des matières dans la portion duodénale de l'anse anastomosée qui est la cause immédiate de l'occlusion. Existe-t-il nne cause éloi-

gnée expliqnant pourquoi cette complication qui manque le plus sonvent existe cependant? On a crn la tronver dans la disposition du mésentère.

Pour atteindre l'estomac, l'intestin grêle doit être assez fortement relevé en haut. On comprend dés lors qne si le mésentère est court, il peut exercer sur la bonché jéjunale nue traction capable de la rendre moins praticable pour les matières, par exemple, en condant plus ou moins l'intestin à son niveau. La brièveté du mésentère, soit congénitale, soit résultant du siège de l'anastomose trop près de l'angle duodéno-jéjunal, à un endroit où ce repli n'a pas encore pris toute son étendue, aurait donc un rôle important dans la pathogénie de l'occlusion jéjunale. Sans prétendre résoudre la question, je ferai remarquer que mon observation n'est guère d'accord avec cette explication. En effet, le jéjunum, loin d'être tendu comme une corde, était au contraire très fortement refoulé en haut et à gauche, et par conséquent assez mobile. Du reste, le mésentère était normal et l'anastomose située assez loin (50 centimétres) de l'angle dnodéno-jéjunal. L'observation de Roux témoigne aussi contre cette théorie : là, en effet, l'occlusion du jéjnnum et la distension du duodénum se sont produites, bien que l'anse choisie pour l'anastomose ait en un mésentère de longueur suffisante. Il faut donc conclure, contrairement à l'opinion do Villard et de Chaput, que la brièveté du mésentère n'est pas la canse exclusive des accidents en question, et pour le moment nons devons nous contenter de la notion pathogénique suivante : après certaines gastro-entérostomies les matières refluent dans le bout supérieur de l'anse anastomosée, et peuvent, en la dilatant, donner lieu à une occlusion mortelle.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 *juin.* — *Présidence de* M. DELENS.

M. Picqué rémet au nom de **M. Brault,** médecin major de l'armée, professeur à l'Ecole de Mé'ecine d'Alger, la statistique des opérations qni ont été pratiquées dans son service du 1er juin 1895 an 1er juin 1896.

Rapporteur : M. Picqué.

Traitement du cancer du rectum.

M. Quénu. — Un seul procédé opératoire est insuffisant quand il s'agit d'extirper un rectum cancéreux. L'utilité des procédés multiples me paraît plus que jamais démontrée.

Ce serait une erreur de croire, en effet, que le siège élevé d'un cancer du rectum s'oppose à l'extirpation.

Prenons, si vous le voulez bien, pour limite anatomique du rectum, la troisième vertèbre sacrée.

Je pose, en principe, que toute production cancéreuse sus-jacente à cette limite de l'intestin pourra être attaquée par la voie abdominale.

Au-dessus de la troisième vertèbre sacrée, nous aurons affaire à un cancer recto-sigmoïdien, au-dessous de cette limite, nous anrons affaire au cancer rectal à proprement parler.

Le cancer rectal proprement dit peut être total ou partiel. Total, il s'étend de l'anus à la troisième vertèbre sacrée; partiel, il peut présenter les localisations suivantes : être bas placé, avoir un siège élevé c'est-à-dire être sus-ampullaire, enfin être ampullaire.

Ces divisions accordent, je le veux bien, nne grande importance au cul-de-sac péritonéal.

On m'objectera que c'est là nne division théorique. Mais je pense pouvoir vous démontrer qn'elle est vraie.

Quels sont, en effet, les moyens que nous avons à notre disposition pour explorer le rectum cancéreux et préciser exactement le siège et l'étendue de la lésion?

Parmi ces moyens, le toucher rectal nous donne l'assurance d'un cancer bas placé remontant même à dix ou onze centimètres. C'est encore dans de pareilles conditions que le toucher vaginal peut être utilisé chez la femme, puisqu'il nous permet d'explorer le rectum jusqu'à onze ou douze centimètres de hauteur.

Avec le toucher rectal nous pouvons nous servir des sondes. Mais nous savons qn'elles sont d'un maniement difficile quelquefois impossible et très souvent dangereux.

En définitive, malgré le toucher rectal savamment pratiqué, il est des cas où nous ne pouvons pas aller assez haut avec le doigt pour limiter l'étendue du mal. Par le ventre seul, dans ces cas là, la limite du cancer peut être assurée. C'est alors que l'on fait la colostomie iliaque. L'index et même la main introduits dans le petit bassin par l'incision iliaque peuvent ainsi explorer le méso-rectum et les ganglions.

Déjà, en 1890, notre collègue Schwartz avait, par ce moyen, recounu l'immobilisation d'un cancer rectal. Moi-même j'ai pratiqué cette exploration dans un cas et maintenant je conseille de la pratiquer d'une façon systématique.

Je fais donc l'incision de la colostomie iliaque, mais je la fais sur une étendue de onze à douze centimètres de longueur : elle me permet d'introduire la main dans le petit bassin. Je me porte sur les limites du détroit supérieur. Je mesure avec le doigt la distance qui sépare les limites du mal de l'angle sacro-vertébral. Je mesure ensuite la distance qni les sépare du cul-de-sac vésico-rectal ou utéro-rectal. Ayant, d'autre part, la distance qui sépare nor-

malement ce cul-de-sac du promontoire, il m'est facile de dessiner sur le papier l'étendue de la lésion et de dire à quelle variété de siège elle appartient et à quelle voie d'extirpation on peut la soumettre.

Dans le cas de cancer recto-sigmoïde, je commence par le ventre, je termine par une extirpation sacrée à quelques jours d'intervalle ou bien en une seule séance.

Dans le cancer rectal, variété infra-péritonéale distant de l'anus de quatre, cinq ou six centimètres, j'opère par voie périnéale, je fais le dégagement prérectal. Je puis généralement amener le bout supérieur du rectum à l'anus et reconstituer ainsi un anus naturel.

Actuellement, je pratique en pareil cas, un anus iliaque dix jours au moins avant l'extirpation rectale. Dans les jours qui suivent, le segment inférieur de l'intestin est lavé avec une solution de permanganate de potasse. Trois jours avant l'opération définitive on donne un purgatif salin. La veille, on fait des instillations de nitrate d'argent, et pendant, la dernière nuit, on laisse dans le rectum un tube qui permet l'écoulement des dernières gouttes de liquide.

Pour opérer, je commence par faire dilater l'anus par un de mes aides. Puis j'applique une valve de Sims, j'assèche l'anus et le rectum. J'y applique de la gaze stérilisée et je ferme l'anus. C'est alors seulement que j'opère le dégagement prérectal.

J'ai pu enlever ainsi avec la plus grande facilité dix et douze centimètres du rectum sans faire aucun délabrement osseux.

Il ne faut pas croire que la présence de ganglions s'oppose à cette opération, car on peut les enlever ainsi jusqu'au promontoire.

Dans les cas de cancer moyen ou ampullaire, je fais quelque fois le kraske type. Mais c'est là une opération qui a été sévèrement jugée et que l'on ne doit faire, à la vérité, que dans des cas exceptionnels.

En tout cas, l'anus sacré est une mauvaise opération. On s'accorde aujourd'hui à penser ainsi et je suis heureux de voir que ce que j'en ai dit depuis longtemps commence à être connu et adopté par les chirurgiens allemands.

Enfin, dans les cancers occupant toute l'étendue du rectum, l'extirpation totale se fait encore par voie périnéale avec sacrifice de coccyx et de sarcum, de prostate et de vésicules séminales s'il en est besoin; on fait un anus iliaque définitif, et je suis d'avis d'opérer l'extirpation du bout supérieur de l'intestin par le retournement selon le procédé d'Hochenegg.

Comme conclusion, je dirai :

a) Extirpation périnéale pour le cancer anal et bas placé.

b) Extirpation par voie périnéale avec dégagement prérectal pour le cancer ano-ampullaire.

c) Dans le cancer ampullaire, s'il est limité, faire le kraske type; s'il est étendu, opérer par voie sacrée avec anus iliaque définitif et retournement du bout inférieur.

d) Si le cancer est généralisé au rectum, opérer par retournement.

e) Appliquer, à tous les cas, l'exploration par l'ouverture de la colostomie iliaque.

J'ai opéré ainsi neuf cas. J'ai en sept guérisons opératoires et deux morts. Voici les détails : Deux cas de cancer très élevé, une guérison, une mort; quatre cas de cancer intra-péritonéal, trois guérisons, une mort; trois cas de cancer moyen, trois guérisons.

Mon premier cas de cancer recto-sigmoïde est mort. Il y avait extension du cancer au vagin. La récidive s'est faite dans le vagin. Je considère que cette extension au vagin est une autre indication à l'opération.

Nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale.

M. Richelot expose des planches et donne quelques explications complémentaires sur le nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale pour fibrômes utérins et surtout pour lésions des annexes.

Dans les deux cas, le procédé a des temps communs. Tout d'abord, on va à la découverte de la tumeur. Puis, on taille le lambeau péritonéal antérieur. Par transparence, on voit alors dans le tissu paramétrique l'artère utérine. Pour isoler la tumeur, sectionner au ras de l'utérus. On coupe circulairement l'insertion vaginale, pénétrant même légèrement dans le tissu utérin du col. Puis, on ferme la plaie vaginale avec du catgut. On pratique enfin l'hémostase définitive. On se sert de fils de catgut échelonnés de bas en haut. On les passe perpendiculairement à l'axe vertical du ligament large. Ces fils saisissent l'artère utérine en deux points de son trajet. Ils rapprochent les feuillets séreux et recouvrent ainsi d'un dôme séreux en croissant le moignon vaginal.

Quand il s'agit de lésions des annexes, l'hystérectomie abdominale totale a aussi ses indications. Elle nous a été importée d'Amérique dans ce but. Vous savez, en effet, que la laparotomie pour castration ovarienne, donne des résultats éloignés moins parfaits que l'hystérectomie vaginale. Dans le premier cas, d'après la thèse de M. Pauchet, la castration donne une proportion de 65 0/0 de guérison. Dans le second, l'hystérectomie donne, au contraire, 95 0/0 de bons résultats.

M. Richelot a donc tenté d'introduire en France, à la suite de M. Delagenière, l'hystérectomie abdominale totale pour parer aux inconvénients de la castration ovarienne simple.

Cette opération peut être faite avec les temps précédents de l'hystérectomie pour fibrômes. Elle peut-être faite même pour les cas suppurés. Seulement, il faut décoller le péritoine pelvien de bas en haut, veiller à ne pas rompre la poche purulente et si on le rompt, laver

rapidement la cavité pelvienne, fermer le ventre avec drainage au tube de caoutchouc et à la gaze.

M. Richelot n'a encore fait qu'un très petit nombre d'opérations de ce genre. Il attendra d'avoir opéré davantage par ce procédé pour donner les résultats obtenus.

Présentations de malades.

M. Kirmisson présente deux malades atteints de coxalgie. Le premier a été opéré, il y a cinq ans, par M. Ménard qui aurait fait la résection du genou. Il reste une fistule et les conditions de cette hanche sont défectueuses.

Le second malade a également subi un curettage de la hanche. Il présente également une fistule.

M. Albarran présente une jeune fille chez laquelle il a pratiqué deux opérations pour uretères accessoires anormalement abouchés dans le vagin et à la vulve; actuellement, toute l'urine s'écoule dans la vessie et la malade ne perd aucune goutte d'urine par le vagin.

Election d'un membre titulaire.

Votants : 32. — Majorité absolue : 17.

MM. **Potherat**	23 voix.	(Elu.)
Delbet	3	—
Rochard	1	—
Verchère	5	—

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Traitement des prostatiques par la sonde à demeure avec deambulation. Atrophie consécutive de la prostate.

M. Bazy (Acad. de Méd., séance du 8 juin 1897 et *Indép. méd.*, n° 23, p. 191, 1897). — Je viens aujourd'hui apporter un plaidoyer nouveau en faveur de la sonde à demeure; je viens montrer les avantages dans les cas réellement graves.

Il ne s'agit plus ici de la sonde à demeure laissée pendant quelques jours, quelques semaines avec séjour au lit.

Il s'agit de la sonde à demeure, laissée pendant des mois, en permettant aux malades de se lever et de se livrer à leurs occupations habituelles.

Je ne ferai qu'indiquer la question, le sujet devant être développé à fond par mon interne Escat, que j'ai chargé du soin de poursuivre ces recherches, dès son entrée dans mon service, le 1er février dernier.

Dans mon travail sur le méat hypogastrique chez les prostatiques, j'avais signalé le fait d'un malade à qui j'avais, en 1895, laissé à demeure, pendant plus d'un mois, une sonde en caoutchouc rouge. Le séjour prolongé de cette sonde avait été nécessité par des difficultés renaissantes de cathétérisme. Au bout de ce temps, le cathétérisme avait pu devenir facile.

Mais voici un fait plus important, plus démonstratif. Ce n'est que la fin de l'histoire d'un malade dont j'ai publié les premiers détails dans un rapport lu à la Société de Chirurgie, sur le méat hypogastrique, séance du 12 février 1896.

Cet homme a conservé sa sonde depuis le mois de mai 1895 jusqu'au mois de septembre 1896, c'est-à-dire pendant dix-huit mois. Avec cette sonde, il allait, venait, se livrait à toutes les occupations que peut avoir un vieillard de 77 ans.

Le séjour prolongé avait été nécessité ici par les difficultés renaissantes du cathétérisme : on ne pouvait lui changer la sonde qu'en employant le mandrin.

A quoi peut être dû le rétablissement de la miction spontanée chez ces personnes? Très probablement à la diminution considérable du volume de la prostate. J'ai deux pièces anatomiques provenant de deux prostatiques infectés morts dans mon service et qui avaient longtemps conservé la sonde à demeure. Or, chez ces deux malades, la prostate, au moment des accidents pour lesquels ils étaient venus se faire soigner, était volumineuse (la constatation avait été faite *de visu*, pour l'un d'eux qui avait été traité par un de nos collègues et pour l'autre par moi au moyen du toucher rectal).

Des accidents consécutifs à l'imperforation de l'extrémité vésicale de l'urèthre et spécialement des uretères surnuméraires.

MM. Haushalter et **Jacques** (de Nancy), après avoir rapporté et commenté une observation, montrent que, dans tous les cas de bifidité de l'uretère, le bassinet se montre également dédoublé, la réciproque n'étant d'ailleurs pas vraie. L'expérience ne fait ici que confirmer les prévisions basées sur le développement. De plus, on remarque que, dans ces cas, c'est constamment le bassinet supérieur qui donne naissance à l'uretère surnuméraire. L'embouchure de ce canal accessoire paraît se faire d'une façon constante au-dessous et en dedans de l'orifice vésical normal, entre celui-ci et le col. De ce fait, nos connaissances embryologiques ne peuvent nous fournir encore une explication satisfaisante.

L'imperforation inférieure est relativement beaucoup plus fréquente dans les uretères surnuméraires que dans les uretères normaux. En effet, parmi les cas publiés, les uretères surnuméraires tiennent, malgré la rareté de la division complète du conduit uretéral, une place presque aussi large que les canaux indivis.

C'est dans la paroi de la vessie que se font la plupart des abouchements en culs-de-sac des uretères, et c'est presque toujours dans sa cavité et en soulevant sa muqueuse, que proéminent les kystes développés aux dépens des extrémités borgnes.

Que l'imperforation atteigne un uretère normal ou un conduit accessoire, la dilatation ampullaire qui en résulte affecte constamment une configuration triangulaire ou conique à sommet antéro-inférieur. Une conséquence très générale de cette disposition, c'est l'obstruction plus ou moins complète, temporaire ou quasi-permanente de l'orifice uréthral interne et, consécutivement, la distension et l'hypertrophie de la vessie et de l'uretère intéressé. Un autre résultat, fréquent lui aussi, bien que moins général, consiste dans l'occlusion des embouchures des autres uretères par la poche intra-vésicale, d'où hydronéphrose uni ou bilatérale.

A la dilatation vésicale et à l'hydronéphrose viennent se surajouter d'habitude la cystite, la pyélite et la lithiase réno-vésicale. C'est à ces complications que la mort doit être attribuée dans la majorité des cas.

Dans le plus petit nombre des observations, la malformation, limitant ses effets à la production de phénomènes de stase simple, n'a donné lieu, pendant la vie, à aucun symptôme inquiétant, et n'a pu être découverte qu'à l'autopsie. Mais, la plupart du temps, l'imperforation uretérale et la dilatation sacciforme intra-vésicale consécutive ont abouti à des altérations mortelles, soit rapidement, soit après une période latente de durée très variable.

Quelle qu'ait été la forme affectée par la maladie, jamais le diagnostic ne put être porté du vivant du patient, faute d'une connaissance suffisante de la malformation en question. Pourtant, le diagnostic pourrait dans quelques cas être établi avec certitude, notamment chez la femme, où l'exploration directe est relativement facile. Chez l'homme, il ne paraît guère possible que par élimination (absence de calcul, de néoplasme, de spasme du col vésical).

En l'absence de diagnostic précis, jamais un traitement efficace et causal ne put être appliqué. Il semble cependant que l'incision large, ou même la résection de la poche intra-vésicale obvierait utilement aux accidents de rétention, en supprimant leur cause unique. Toutefois, il y a lieu de penser que l'intervention n'aurait de réelles chances de succès qu'à condition d'être effectuée de bonne heure, c'est-à-dire avant l'apparition des phénomènes d'inflammation septique vésico-rénale. L'expérience a, en effet, montré que la perforation spontanée qui s'établit à cette période a toujours précédé de peu l'issue fatale, si même elle ne l'a hâtée.

(*Presse méd.*, 22 mai 1897 et *Indépend. méd.*, n° 23, p. 190, 1897.)

Calculs de l'uretère.

M. Doyen (Acad. de Méd., séance du 8 juin 1897 et *Gaz. des Hôp.*, n° 65, p. 661, 1897) présente des calculs de l'uretère enlevés par la voie vaginale et par la néphrotomie.

I. — Une malade présentait vingt-cinq calculs tétraédriques. Elle fut guérie par la taille vaginale. L'uretère, suturé, se cicatrisa par réunion immédiate.

II. — Une autre femme, atteinte de pyélite double avec obstruction intermittente de l'uretère gauche, fut soumise à la radiographie et au cathétérisme des uretères. Ce dernier ne put être pratiqué, la sonde étant arrêtée après un court trajet. Douleurs au niveau du rein droit, et, à gauche, à l'extrémité terminale de l'uretère. La radiographie avait décelé, à l'écran, une tache sombre au niveau du bassinet droit. Néphrotomie à droite. Extraction d'un calcul urique du bassinet. La sonde reconnaît vers la terminaison de l'uretère la présence de calculs. Le toucher intra-vésical et vaginal, combiné au palper abdominal, permet de reconnaître, à droite, la sonde et plusieurs calculs, à gauche, une énorme pierre allongée.

Taille vaginale des uretères. Extraction à gauche d'un calcul uretéral de la grosseur du pouce et de huit centimètres de longueur; à droite, d'un petit calcul tétraédrique. Deux autres fuient dans les profondeurs. L'un d'eux est sorti spontanément quelques jours après, l'autre a été extrait trois semaines après, dans une seconde séance, où fut pratiquée la vérification de la perméabilité des deux uretères. Guérison sans fistule rénale ni vaginale.

Le cathétérisme, du haut en bas, de l'uretère droit avait été impossible, l'uretère étant coudé non loin de la vessie.

III. — Dans un autre cas, les calculs furent extraits par la néphrotomie.

IV. — Chez un jeune homme, enfin, une pyélite calculeuse gauche détermina un abcès périnéphrétique, une perforation du diaphragme et une pleurésie purulente.

Pleurotomie, résection des dernières côtes, incision du diaphragme et tamponnement du foyer sous-phrénique. Quelques semaines plus tard, néphrotomie. L'uretère est cathétérisé par une incision du bord convexe du rein, de haut en bas, sur un conducteur, avec une longue sonde, qui est saisie dans la vessie à l'aide d'un lithotriteur n° 0, et attirée par le méat urinaire. Dilatation et lavages de l'uretère droit et de la vessie. Dilatation d'un rétrécissement uréthral. Guérison sans fistule rénale.

Conclusions: 1° L'uretère calculeux peut se couder près de la vessie et se trouver inaccessible au cathétérisme ascendant. Cette coudure s'oppose également au cathétérisme descendant, pratiqué par une incision du rein;

2° Dans le cas de calculs bilatéraux de l'uretère, la

taille uretérale par le vagin peut être pratiquée des deux côtés dans une même séance et combinée à la néphrotomie unilatérale ;

3° L'incision du rein sur sa convexité, que Doyen pratique depuis dix ans, est la meilleure voie pour atteindre le bassinet. Elle se ferme seule, si l'uretère est perméable.

Du prurit vulvaire. — Son traitement.

M. Labusquière (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, janvier 1897 et *Rev. intern. de Méd. et de Chir*, n° 11, p. 191, 1897) élimine d'abord les cas de prurit dépendant soit d'état général (diabète, neurasthénie, arthritisme, albuminurie, tuberculose) qui ressortissent au traitement de la maladie principale, et ceux où de la constatation d'un processus local net, découle aussi une thérapeutique bien déterminée : Lotions, à 45 ou 50°, ou très froides à 5° ; à l'acide phénique fort, 3 0/0 ; au sublimé fort, 4 0/0 ; coaltar saponiné, acide tartrique, salicylique, acétique, essence de menthe, etc., etc., et il examine avec P. Ruge les cas de prurit essentiel *sine materiâ*. L'auteur allemand dit : « Je ne nie pas qu'il puisse exister des cas de » prurit purement nerveux. Mais, sur un nombre déjà » assez élevé, je n'en ai jamais rencontré un formel de » cet ordre. Tous les cas que j'ai vus étaient sous la » dépendance d'une irritation locale provoquée par des » affections de la vulve, du vagin, de la portion vaginale » du col, peut-être du col, et je pense qu'il ne peut être » ici question que d'une irritation chimique ou bactério- » logique, bien que, jusqu'à ce jour, on n'ait pas réussi » à démontrer la présence de bactéries spécifiques. »

D'où il conclut que le principe essentiel du traitement local est le *nettoyage à fond* de la région. Il faut laver, savonner, désinfecter avec le sublimé ; vulve, vagin, col, aussi loin que le doigt peut atteindre et laver jusqu'à ce qu'on ait la conviction qu'il ne reste plus de germes pathogènes. Pas de brosse, pas d'instruments, les doigts, et, de préférence, les doigts du médecin. En terminant, joindre la vulve avec de la vaseline phéniquée à 3 ou 4 0/0.

Les mouchetures associées au taxis dans le traitement du paraphimosis.

Ce procédé a donné les meilleurs résultats à **M. le Dr Bonnet** (*Gaz. des Hôp.*, 11 mai 1897 et *Rev. intern. de Méd. et de Chir.*, n° 11, p. 191, 1897) qui, depuis plus de dix ans, n'a jamais eu d'insuccès avec cette méthode. Appelé auprès d'un malade atteint de paraphimosis, il commence toujours par un essai de taxis ; si ce traitement échoue, il pratique sur le prépuce œdématié, et au moyen du bistouri, deux à cinq mouchetures ; il malaxe les parties engorgées pendant quelques minutes ; il s'en écoule une abondante sérosité, peu ou pas sanguinolente, les téguments deviennent mous et flasques ; un léger taxis remet alors les organes dans leurs rapports normaux. Ce traitement si efficace n'est presque point douloureux.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Le pied bot équin varus paralytique.

M. le Pr Gross, dans une clinique récente (*Bull. méd.*, n° 46, p. 537, 1897), propose de traiter ainsi qu'il suit le pied bot équin varus paralytique :

D'abord redresser le pied par une ténotomie du tendon d'Achille, ténotomie pratiquée par la méthode sous-cutanée. Si le redressement du genou ne peut être obtenu complètement sous le chloroforme par des efforts manuels, section de tendon du biceps, à ciel ouvert, pour éviter tout risque de blessure du nerf sciatique poplité externe. Puis le membre sera immobilisé dans un appareil plâtré. Plus tard, il faudra probablement recourir à l'arthrodèse et ankyloser les articulations du cou-de-pied et du genou.

Pour cela, l'articulation étant ouverte par une incision appropriée, les extrémités osseuses en contact seront dépouillées avec la gouge et la curette de leur revêtement cartilagineux, puis replacées dans une bonne position, qui est l'angle droit pour l'articulation tibio-tarsienne, la rectitude complète pour le genou. On les immobilisera dans cette situation pendant un temps suffisant pour obtenir une ankylose osseuse complète. Le malade marchera avec un membre rigide mais solide.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

Decharf (Th. Lille, 1897 et *Rev. int. de Méd. et de Chir.*, n° 11, p. 192, 1897) conclut ainsi :

La luxation congénitale de la hanche n'est pas un infirmité incurable ; l'orthopédie possède actuellemente des ressources thérapeutiques suffisantes pour la guérir.

Chez tous les jeunes enfants, il vaut mieux tenter la réduction par simples manœuvres orthopédiques : elle est possible ; les rayons Rœntgen nous l'ont démontré. La marche avec un appareil qui maintient les éléments en place déterminera, par pesée du tronc, une irritation continuelle et physiologique, un auto-évidement du cotyle, si nous pouvons nous exprimer de la sorte.

A partir de 4 ou 5 ans, et jusqu'à 16 ans environ, le traitement de choix est la réduction radicale par l'intervention sanglante.

Le meilleur procédé est celui, qui, soucieux de l'avenir, ménage le mieux l'appareil musculaire.

Il faut adapter la cavité cotyloïde à la tête et surtout la creuser en haut et en arrière, là où la poussée du fémur s'exercera le plus fortement.

L'asepsie la plus rigoureuse doit être observée pendant tout le cours de l'opération. Il semble puéril de l'affirmer, à l'heure présente où personne ne suit plus les errements des anciens chirurgiens. C'est l'infection qui a donné ici

les désastres qui ont mis trop longtemps à l'index la réduction sanglante.

L'immobilisation sera assurée par le grand appareil plâtré, le seul qui maintienne rigoureusement les choses en place et qui, d'ailleurs, permette à l'aide d'une fenêtre, les pansements consécutifs, en cas de nécessité.

A partir de la sixième semaine, commence le traitement gymnastique dont l'importance est capitale. Il faut bien se convaincre de l'inutilité de l'opération si les soins consécutifs ne sont pas suivis régulièrement et minutieusement : massages, mobilisation, marche, exercices, etc.

Enfin, l'on ne saurait trop prévenir la production et la persistance des attitudes vicieuses, qui ont une tendance si fâcheuse à survenir sous l'effet de la marche, quand celle-ci n'est pas méthodiquement exercée.

Au-dessus de 16 ans, ou même, à la rigueur, de 20 ans, pour les luxations unilatérales, de 8 à 9 ans, pour les luxations bilatérales, il est préférable de s'abstenir ou tout au moins de se contenter de traitements palliatifs.

CHIRURGIE DU RACHIS

Fractures de la colonne vertébrale.

M. Poller (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1897, vol. LIV, p. 289 et *Trib. méd.*, n° 23. p. 446, 1897), au point de vue du traitement de ces fractures, se déclare partisan du redressement forcé fait sous le chloroforme le plus tôt possible, c'est-à-dire aussitôt après la disparition du choc traumatique. C'est au redressement forcé que l'auteur attribue la guérison de six cas graves. Dans vingt-deux cas où il a été pratiqué, il n'a provoqué aucun accident, ni transformé une paralysie partielle en paralysie totale. ni produit de lésion de la moelle. Il pense donc que le redressement forcé de la colonne vertébrale doit être fait dans tous les cas de fracture par compression de la colonne vertébrale. Il se rattache aussi sans réserve à l'opinion de Küster, qui dit que ce redressement a été tenté même dans les cas anciens et remplacé par une intervention sanglante en cas d'échec.

Après le redressement, le malade est apporté dans son lit et soumis à l'extension avec contre-extension continuée pendant plusieurs semaines. Il faut, pendant toute la période post-opératoire, veiller d'une façon toute particulière à l'évacuation régulière de la vessie et du rectum; combattre la paralysie ou la parésie par le massage, les mouvements passifs, l'électricité. Les soins de la bouche et du tégument externe sont de rigueur. Le malade ne doit quitter le lit qu'au bout de un à deux mois, et, avant de se lever définitivement, il doit, pendant plusieurs jours, être soumis journellement à des séances de suspension, dans l'appareil de Sayre, d'une durée de quinze à vingt minutes. On lui appliquera ensuite un corset de Sayre, et, les premiers jours, il ne marchera qu'avec une canne.

Manifestations précoces du mal de Pott.

Syredey et Grogn appellent l'attention dans l'*Archivio di ortopedia* sur des phénomènes prémonitoires de cette affection qui semblent avoir passé inaperçus. On conçoit bien qu'un mal aussi grave ne s'établit pas du jour au lendemain et qu'un esprit prévenu pourra longtemps d'avance distinguer parmi les symptômes vaguement morbides que présentent souvent les enfants malingres et chétifs, candidats à la kyphose, certains signes permettant de redouter une carie vertébrale commençante. Ces auteurs rapportent les observations de quatre enfants qu'ils ont suivi pendant longtemps et les présentent à l'appui de cette thèse.

L'un d'eux a souffert d'une névralgie lombaire, le second est devenu paraplégique plus de deux ans avant que l'on put constater la présence d'un abcès par congestion, les deux autres présentèrent des névralgies violentes, persistantes et rebelles à tout traitement.

La douleur est un phénomène banal sur lequel on passe souvent fort légèrement et qui, à lui seul, est tout à fait insuffisant pour poser le diagnostic d'une lésion aussi grave; cependant pour peu qu'elle soit persistante, on doit supposer une lésion chronique et en rechercher la nature.

Fréquemment on pourra observer concurremment de la sensibilité localisée à une vertèbre, la saillie angulaire d'une apophyse saillante et une exagération des réflexes indiquant une irritabilité particulière de la moelle.

Il est fort recommandable de prendre dans ces cas la température, un certain degré de fièvre constante fera immédiatement penser à une infection de nature tuberculeuse.

(*Gaz. méd. de Liège*, n° 37, p. 397, 1897.)

CHIRURGIE DU THORAX

Résection du sternum pour tumeurs.

W. Keen (*The med. and surg. Reporter*, 27 mars 1897 et *Rev. intern. de Méd. et de Chir.*, n° 11, p. 191, 1897) a réséqué deux fois le sternum, pour sarcôme dans le premier cas, pour carcinôme secondaire dans le second. Sa première opérée, femme de 28 ans, guérit; il lui avait enlevé le manubrium, le tiers interne de la clavicule gauche et le tiers inférieur du sterno-cléido-mastoïdien. La seconde opérée, âgée de 44 ans, mourut après récidive ; elle avait subi, en mars 1892, l'amputation du sein gauche avec curage de l'aisselle. La tumeur récidiva et, en mars 1894, Keen enleva le sein droit, une partie du manubrium et du corps du sternum. La malade mourut au mois d'août suivant.

La résection du sternum est une opération peu commune. Elle a pour but, soit de donner accès auprès des gros vaisseaux que l'on se propose de lier, soit d'extraire

des esquilles en cas de fractures, soit d'enlever une portion d'os atteinte de carie, de tuberculose ou d'ostéomyélite. Le sternum peut encore être réséqué pour permettre l'ouverture d'un abcès rétro-sternal; la résection est enfin nécessitée par des tumeurs et c'est ce cas particulier qu'étudie spécialement W. Keen. Il en a réuni dix-neuf observations. Le pronostic n'est pas défavorable. L'incision affectera, suivant le cas, la forme d'un T, d'un L ou d'un ⊨; il est bon, pour se donner libre accès sur le squelette, d'enlever au préalable toutes les parties molles; on réséquera ensuite la partie interne d'une ou des deux clavicules, puis les cartilages costaux, en prenant garde de ne pas ouvrir la plèvre ou le péricarde et de ne pas léser la mammaire interne. On résèque enfin la portion malade du sternum; la cavité est bourrée de gaze et la peau partiellement suturée.

APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

De l'intervention chirurgicale chez les tuberculeux atteints de fistules anales.

Doit-on opérer les fistules chez les tuberculeux avérés? C'est là une question qui se pose souvent dans la pratique et dont la solution est discutée. Voici la conduite à tenir en ces circonstances, recommandée dans le *Scalpel* par le **Dr Polis**, chef des travaux de chirurgie à l'Université de Liège.

Il faut distinguer avec les fistules et avec les malades. Certaines fistules causent si peu d'ennuis à leurs porteurs, atteints de tuberculose au début, qu'ils ne pensent pas à en réclamer le traitement opératoire. Dans d'autre cas, il s'agit de fistules donnant une suppuration notable, mais les malades sont arrivés à une période si avancée de leur affection qu'il ne peut être question pour eux d'une intervention quelque peu sérieuse. En dehors de ces deux éventualités, fistules peu gênantes, n'affaiblissant nullement les malades, et fistules suppurantes, mais chez des individus trop affaiblis, notre confrère croit qu'il faut conseiller l'opération aux tuberculeux, car la suppression d'un foyer tuberculeux ne peut avoir qu'un effet favorable sur leur état général.

(*Rev. prat. des Trav. de Méd.*, 12 juin 1897, p. 191).

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Les tumeurs fantômes.

M. Archibald Donald a étudié dans *the Practitionner* les tumeurs fantômes et les fausses grossesses. Trois éléments peuvent contribuer à leur production : une accumulation de gaz dans l'intestin, la polysarcie pariétale épiploïque, la contraction des muscles abdominaux.

Les tumeurs fantômes peuvent se diviser en cinq classes suivant qu'elles sont associées à la pelvipéritonite, à la ménopause normale, à la ménopause pathologique, à l'aménorrhée et à la polysarcie, à l'hystérie pure.

Le *diagnostic* de ces fausses tumeurs, en tant que symptôme, est généralement facile, même sans anesthésie. La percussion lève les doutes la plupart du temps; la palpation profonde bimannelle est souvent possible et renseigne sur l'épaisseur des parois abdominales. Un autre moyen consiste à observer soigneusement le ventre pendant que la malade se redresse de la position couchée : la contraction des muscles droits est alors très apparente et déforme la régularité de la tumeur. Si celle-ci est réelle et volumineuse, elle ne change pas d'aspect pendant ce mouvement. Ce moyen cependant est peu significatif en cas d'ascite ou de polysarcie.

(*Rev. prat. des Trav. de Méd.*, n° 23, 1897.)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

MM. Delbet, 23; Guillemain, 29; Péraire, 22; Buglé, 27; Launay, 24; Clado, 24; Morestin, 27; Michon, 24; Jayle, 26; Longuet, 25; Banzet, 23; Regnauld, 21.

Concours de médecine.

MM. Poulpin, 15; Sottas, 17; Claisse, 19; Aviragnet, 18; Paul Tissier, 18; Gaston, 17; Ettinger, 17; Belin, 18; Dufour, 18; Gouget, 17; Michel, 16; Triboulet, 17; Achalme, 16; Wéber, 16.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Billets d'aller et retour à prix réduits pour Royat et Laqueuille.

Pendant la saison thermale, du 1er juin au 30 septembre, la Compagnie d'Orléans délivre à toutes les gares de son réseau : 1° Pour la station de Laqueuille desservant les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule; 2° Pour la station de Royat, des billets aller et retour à prix réduits dont la durée de validité est de dix jours, non compris les jours de départ et d'arrivée. Cette durée peut être prolongée de cinq jours, moyennant paiement d'un supplément de 10 0/0 du prix du billet.

Les voyageurs peuvent obtenir des billets d'aller et retour réduits de 25 0/0 de Laqueuille pour le Mont-Dore et La Bourboule.

En outre, du Mont-Dore et de La Bourboule à Royat et Clermont-Ferrand et *vice versâ*, de Bord à Laqueuille (de Mont-Dore et La Bourboule), Royat et Clermont-Ferrand et *vice versâ*.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'occlusion intestinale consécutive à la gastro-entérostomie (1).

Par M. G. Nové-Josserand, chirurgien des hôpitaux.

(Suite et fin.)

II

C'est donc ce reflux qu'il s'agit d'éviter. Voyons comment on peut y parvenir.

Il est tout d'abord des procédés de gastro-entérostomie qui mettent sûrement à l'abri de cette complication : telles sont la gastro-duodénostomie de Jaboulay et la gastro-entérostomie en Y, en faveur de laquelle Roux vient d'écrire un chaleureux plaidoyer. Faut-il les employer à l'exclusion de tous les autres ?

La question ne se discute pas pour la gastro-duodénostomie : c'est une bonne opération, mais ses indications sont forcément restreintes, car dans les cas d'ulcère pylorique l'étendue des adhérences et la fixité relative de l'estomac la rendent souvent anatomiquement impossible, et s'il s'agit d'un cancer, le nouveau pylore est trop près de la tumeur pour n'avoir pas à souffrir au bout de peu de temps d'un aussi dangereux voisinage.

Quant à la gastro-entérostomie en Y, elle a contre elle d'être longue et laborieuse, de l'avis de Roux lui-même, et avant d'en faire le procédé de choix il faut être bien sûr qu'elle le mérite, et qu'il n'est pas possible d'obtenir à moins de frais des résultats aussi bons.

Est-il donc possible de trouver la solution du problème dans une modification des anciens procédés ? Jaboulay, Chaput, Braun ont proposé d'ajouter à la gastro-entérostomie antérieure de Wölfler une opération complémentaire qui consiste à établir une entéro-anastomose entre l'anse afférente et l'anse efférente. On évite ainsi d'une façon certaine la stagnation et l'accumulation de la bile et des aliments dans le duodénum. Cette opération remplit donc parfaitement son but, et son indication est formelle quand les accidents existent et menacent la vie du malade. Mais en tant qu'opération préventive, elle est à rejeter au même titre que la précédente, parce qu'elle prolonge l'acte opératoire et augmente sa gravité dans une proportion qui n'est peut-être pas en rapport avec la fréquence du danger à éviter.

Kocher a cherché à régler le cours des matières dans l'anse anastomosée en faisant ouvrir celle-ci dans l'estomac par un abouchement valvulaire. Nous manquons d'éléments pour juger cette pratique sur l'efficacité de laquelle Roux semble assez sceptique.

Le procédé le plus généralement employé aujourd'hui, et c'est aussi le plus simple, est la rotation de l'anse suivant Lucke (Rocckwitz) et Wölfler. On sait qu'il consiste à faire exécuter à l'anse d'intestin choisie pour l'anastomose une rotation de 180° par suite de laquelle le bout afférent ou duodénal passe à gauche, le bout efférent ou jéjunal à droite, la partie intermédiaire entre eux figurant une sorte de boucle

(1) Extrait du *Lyon médical*, n° 19, 9 mai 1897.

qui est appliquée sur la face antérieure de l'estomac et devient le siège de l'anastomose. A la suite de cette manœuvre, les deux portions constitutives de l'anse ne sont plus juxtaposées et parallèles comme dans la gastro-entérostomie simple : l'anse efférente se détache de l'estomac en descendant verticalement, l'afférente fixée par quelques points de suture à la paroi gastrique verse sa bile de haut en bas et ne doit plus se prêter à la pénétration des matières stomacales.

Il est impossible de trouver mieux comme facilité et rapidité d'exécution : souvent l'intestin se présente de lui-même dans la position voulue, et on a pu dire avec quelque vraisemblance que plus d'un chirurgien l'a faite sans s'en rendre compte. Reste à savoir quelle est sa valeur thérapeutique.

Tous les chirurgiens qui l'ont adoptée paraissent avoir la plus grande confiance dans son efficacité. Dans son rapport au dernier Congrès des chirurgiens allemands, Wölfler a écrit qu'il n'est plus question des troubles consécutifs à la gastro-entérostomie depuis qu'on dispose l'intestin verticalement à la surface de l'estomac. A la Société de Chirurgie, Reynier et Chaput s'en sont aussi déclarés partisans et je ne crois pas que jusqu'ici on connaisse un seul fait anatomiquement constaté, car ceux-là seuls sont valables, où la distention du bout supérieur et l'occlusion se soient produites après qu'on eût pris cette précaution.

Cependant, il serait peut-être encore prématuré de dire que nous avons dans la rotation de l'anse un moyen infaillible d'éviter les complications de la gastro-entérostomie : une épreuve plus longue est nécessaire pour nous fixer sur sa valeur et sur l'utilité de certains points secondaires dont l'importance nous échappe peut-être. Telle est par exemple la suspension de l'anse efférente sur la paroi antérieure de l'estomac. J'ai vu dans un cas cette réunion, faite probablement sur une étendue insuffisante, céder sous la traction des mouvements péristaltiques de l'intestin, et celui-ci libéré, venir se placer à côté de l'anse efférente, reproduisant ainsi la disposition défavorable qu'il s'agissait d'éviter. Cet accident, sans doute, n'avait pas causé la mort, la malade ayant succombé le quinzième jour à une broncho-pneumonie sans avoir vomi une seule fois après l'opération ; mais en voyant la disposition de l'intestin et la dilatation déjà légère du bout supérieur, on pouvait bien se demander si des troubles ultérieurs n'auraient pas pu se produire.

Ceci montre que la fixation solide et étendue de l'anse afférente est nécessaire pour assurer à la rotation de Lucke-Wölfler tous ses avantages ; mais, ainsi complétée, cette manœuvre semble bien être pour le moment le moyen le plus simple et le plus pratique d'éviter les accidents d'occlusion.

III

Il est donc permis d'espérer que cette complication pourra être désormais prévenue ; cependant la sécurité n'est pas encore suffisante pour négliger l'étude de ces symptômes et de son traitement.

L'histoire clinique de ces malades peut se résumer en quelques mots, et elle doit être presque toujours la même, celle de Roux et la nôtre se ressemblent tellement qu'elles sont en quelque sorte calquées l'une sur l'autre.

Dans la plupart des faits qui ont été publiés, on dit simplement que les malades ont succombé à la suite de vomissements bilieux incoercibles. Tantôt, la maladie ayant eu une évolution assez lente, la mort s'est fait attendre plusieurs jours, et a pu être attribuée à la cachexie et au marasme ; tantôt, au contraire, les accidents ont eu une marche rapide, et le tableau clinique a été celui d'une occlusion intestinale aiguë, dont le siège très élevé explique certaines particularités : l'absence de ballonnement du ventre et la nature bilieuse, non fécaloïde des vomissements.

Tels sont, en effet, les caractères des accidents à la période ultime. Mais il importe d'établir le diagnostic le plus tôt possible afin de pouvoir encore intervenir à temps. A ce point de vue, les quelques remarques suivantes méritent une courte mention.

Dans les premiers jours qui suivent l'opération tout va bien : vers le deuxième ou le troisième jour on lui permet une alimentation liquide qui est bien tolérée ; au bout d'un jour ou deux il veut se lever et demande de la viande. Tout d'un coup, vers le septième ou le huitième jour, il est pris de vomissements très abondants. On pense à une indigestion, mais on est frappé par la très grande quantité des matières vomies et par la forte proportion de bile qu'elles renferment. Alors, l'évolution est variable : quelquefois à cet orage fait suite une période de calme où le bien-être renaît et le malade, après quelques hésitations, se remet à manger ; puis survient une nouvelle crise et l'occlusion se constitue. Ce fut le cas de notre malade ; mais on peut voir cette accalmie manquer : très vite les événements prennent une

tournure tragique, le malade tombe dans le collapsus et succombe.

Deux points de cette histoire clinique sont à retenir : d'abord au point de vue du diagnostic, l'apparition tardive des accidents et les caractères des vomissements qui, par leur abondance remarquable et la grande quantité de bile qu'ils contiennent sont très significatifs. En second lieu la marche très variable, mais souvent rapide, de la maladie qui impose une intervention énergique et précoce sous peine d'arriver trop tard. L'espoir d'une accalmie incertaine permettant d'opérer dans de meilleures conditions ne doit pas justifier une temporisation dangereuse.

L'opération qui s'impose dès que le diagnostic est posé est l'entéro-anastomose de la portion duodénale avec la portion jéjunale de l'anse anastomosée; faite à temps elle peut sauver la vie du malade, témoin le remarquable succès obtenu dans des circonstances semblables par Ricard, et rapporté récemment à la Société de Chirurgie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin. — Présidence de M. Delens.

Traitement de la coxalgie.

(Suite de la discussion.)

M. Gérard-Marchant. — Je n'ai qu'un fait à signaler. Il y a environ un an, j'ai redressé, sous chloroforme, le genou d'une fillette que je soignais depuis déjà longtemps pour arthrite tuberculeuse. Il s'agissait d'une tuberculose articulaire latente, avec gonflement de l'extrémité inférieure du fémur et légère hydarthrose. A plusieurs reprises il s'était produit, dans ce membre, des contractures pour lesquelles j'avais ordonné le repos et obtenu ainsi de bons résultats. Mais, finalement, l'enfant me fut ramenée avec le membre légèrement fléchi. Je trouvai le condyle interne du fémur tuméfié, sensible à la pression. Je me crus donc autorisé à pratiquer, sous chloroforme le redressement de ce membre.

Le lendemain de ce redressement et les jours qui suivirent, ma petite malade eut de la fièvre. Le médecin qui la soignait crut devoir rapporter ces accidents à la compression déterminée par l'appareil. Cet appareil fut enlevé mais on ne remarqua sur la peau aucune rougeur ni aucune excoriation. Bref, au bout de trois semaines, l'enfant présenta des symptômes de méningite tuberculeuse et bientôt elle succomba.

Quelle impression faut-il retirer de semblables faits? N'est-il pas permis de penser que le redressement a été le point de départ des accidents méningés qui ont emporté la malade? A mon avis, M. Kirmisson a en raison d'insister sur les dangers du redressement dans les arthrites tuberculeuses avec déviation du membre. Ma petite malade était une enfant bien portante sans lésions générales. Moins de cinq semaines après le redressement, elle est morte de complications méningitiques. Les phénomènes fébriles ont débuté le lendemain même du redressement. S'agit-il d'une conséquence ou d'une simple coïncidence? Je n'en sais rien. Mais c'est là un fait qui donne à réfléchir.

M. Berger. — Je n'ai que quelques mots à dire. Je veux vous parler des injections modificatrices comme traitement conservateur dans la coxalgie et particulièrement du naphtol camphré et de l'éther iodoformé. Le naphtol camphré m'a donné de bons résultats. Les abcès multiples eux-mêmes ont généralement guéri par le naphtol camphré.

En fait d'abcès coxalgique, il y a cependant lieu de distinguer. Certains abcès se développent au décours d'une coxalgie traitée par l'immobilisation et dont la marche semble être bonne. Ces abcès on les ponctionne, on injecte du naphtol camphré. A quelque temps de là, l'orifice de la ponction qui s'était fermée se rouvre, et donne issue à une bouillie qui sent le camphre. En pareils cas, les injections m'ont donné de bons résultats.

Mais si je suis, en général, satisfait des injections, il n'en est pas de même du curettage. J'ai tenté bien des fois le nettoyage d'une coxalgie tuberculeuse. J'ai toujours pris soin d'éviter l'inoculation en nettoyant avec soin mes curettes, en changeant même plusieurs fois d'instrument au cours de l'opération. Ce curettage a bien été suivi d'une amélioration, mais amélioration temporaire à la suite de laquelle une fistule a persisté avec aggravation habituelle de l'état général du malade. Voilà, je le répète, ce que j'ai vu dans plusieurs cas.

Le curettage articulaire ne me paraît donc pas être à l'abri de tout reproche dans le traitement de la coxalgie. J'ajoute que je l'ai souvent poussé assez loin pour le tranformer en une véritable résection. Quand bien même, dans mon opération, je dépassais avec ma curette les limites du mal, je n'ai jamais vu de cas de guérison absolue et immédiate, tout au moins, après le curettage.

Je ne veux pas m'étendre sur l'ensemble du traitement de la coxalgie. Je me contenterai d'approuver M. Reynier, quand il dit que ce traitement diffère, en principe, chez le malade pauvre et le malade riche.

M. Jalaguier. — Je n'ai rien à ajouter à ce qu'ont déjà dit mes collègues sur le traitement de la coxalgie. Comme eux, je suis l'ennemi des résections qu'il ne faut réserver qu'aux fistules multiples. D'ailleurs les résections que j'ai pratiquées ont toujours été des résections atypiques.

D'autre part, ainsi que l'a indiqué M. Ménard, j'ai

remarqué dans ma pratique que les injections préalables mettaient les malades dans de meilleures conditions au point de vue des résultats de la résection.

J'en viens au traitement de la coxalgie non suppurée. Dans ma façon de la traiter, je ne suis pas plus exclusif que ne l'est M. Berger. A l'hôpital, je place une planche de Lannelongue ou une gouttière de Bonnet. Quand la douleur a disparue, je place un appareil plâtré et je fais marcher les enfants avec des béquilles, le pied du côté sain, seul reposant sur le sol, pourvu d'un talon renforcé et surélevé.

Je ne suis pas d'accord avec M. Kirmisson, relativement aux dangers du redressement sous le chloroforme Je m'empresse de dire que jamais je n'ai, de parti pris, appliqué ce traitement à la coxalgie suppurée, et, d'autre part, je me garde bien de tenter ce redressement chez les coxalgiques qui ne souffrent plus et paraissent guéris même en mauvaise position.

Pour établir mon opinion sur les dangers de ce redressement, j'ai relevé la statistique des 122 cas de coxalgie qui ont été traités dans mon service. 67 ont eu des abcès; 11 malades sont morts, dont sept de méningite tuberculeuse et quatre de complications pulmonaires. Ce chiffre de morts est certainement inférieur à la réalité, car beaucoup de mes malades ont laissé l'hôpital et je les ai perdus de vue ensuite.

Sur ces 122 malades, 46 ont été traités par l'extension continue simple. Sur ce nombre, 5 sont morts de méningite tuberculeuse et 4 de complications pulmonaires. 18 ont été traités par l'immobilisation dans un appareil plâtré et 2 sont morts de méningite. Enfin, 47 malades ont subi le redressement et pas un cas de mort ne s'est produit parmi eux. Vous allez dire que c'est une série heureuse. Peut-être. Mais, en fait, j'ai toujours pris soin de ne pas toucher aux malades dont la coxalgie suppurait ou menaçait de suppurer et aux malades dont l'état général me paraissait trop mauvais.

Quant à la valeur comparative entre l'éther iodoformé et le naphtol camphré, il n'y a pour moi aucun doute, et c'est à l'éther iodoformé qu'il faut donner la préférence; je l'ai vu maintes fois donner des succès là ou le naphtol camphré était resté sans résultats.

M. Kirmisson. — Tous les orateurs qui ont pris part à la discussion, tous, sans aucune exception, se sont accordés pour reconnaître et proclamer la supériorité de la méthode conservatrice dans le traitement de la coxalgie. La discussion n'eut-elle suscité que la proclamation de cette vérité par la Société de Chirurgie, qu'il y aurait tout lieu de s'en réjouir.

Ainsi donc, il est entendu que, mettre en pratique un traitement curatif hâtif de la coxalgie, par une résection typique ou atypique, complète ou incomplète, c'est faire une très mauvaise opération.

On a peut-être dit que, lors de ma première communication, j'avais exagéré à dessein l'importance de la question et envisagé à tort l'ensemble du traitement de la coxalgie. Mais j'ai agi en connaissance de cause. Si j'ai parlé du traitement du début de la coxalgie, c'est parce que ce traitement du début présente une importance capitale. N'est-ce pas de lui que dépend le traitement ultérieur de la coxalgie? Il faut que ce début du traitement soit parfaitement dirigé afin d'éviter pour plus tard les fâcheux résultats.

Seulement, nous divergeons quant au mode de traitement. Au début de la coxalgie, M. Brun et moi, nous sommes d'avis d'immobiliser l'enfant dans un appareil plâtré, ou bien dans une gouttière bien faite, et M. Berger a bien fait ressortir les avantages de celle-ci. D'autre part, MM. Jalaguier, Broca, Quénu s'accordent à préférer, à l'appareil plâtré, l'extension continue.

Je suis obligé de revenir, ici, sur ce que j'ai déjà dit l'autre jour. Si l'immobilisation absolue me paraît préférable, c'est qu'elle met l'articulation dans les conditions de repos absolu nécessaire pour la guérison. Elle permet de déplacer le malade, de le porter au grand air, de le promener. Mais je ne veux pas insister sur cette partie de la question et j'admets que l'extension continue puisse conduire aux mêmes résultats.

Le point particulier de la question, c'est la nécessité qu'il y a de mettre le membre immobilisé dans une position moyenne d'abduction. L'adduction, en effet, voilà le danger; la source de tous les maux qui frapperont ultérieurement les coxalgiques, tels que le raccourcissement, les déviations et les luxations. Or, c'est précisément cette position d'adduction que le malade tend toujours à prendre. Dans cette position modérée d'abduction, au contraire, je force l'emboîtement de la tête fémorale dans le cotyle et je m'oppose ainsi à la luxation ultérieure. Je fais en somme, ici, ce que nous faisons tous dans ce traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche.

Je me résume donc en disant que, si l'on n'est pas tenu d'être exclusif dans le choix de l'appareil à appliquer à l'enfant, on doit toujours l'être dans la position moyenne d'abduction à donner au membre.

Quant aux conséquences graves de ce redressement forcé dans la coxalgie, il est de toute évidence que l'opinion que j'ai formulée n'a pas été acceptée par la majorité de mes collègues. Je pensais tout comme vous à ce sujet avant d'aller dans le service de chirurgie des Enfants-Assistés. Mais, là, j'ai vu se produire, pour ainsi dire devant mes yeux, cinq cas de morts par méningite à la suite de redressements faits par moi. Cela m'a donné à réfléchir et j'ai pensé qu'il n'y avait dans ces cas de morts qu'une simple coïncidence. En vérité, les malades meurent trois semaines ou un mois après le redressement. N'est ce pas là le cobaye qui meurt trois semaines après que vous lui avez inoculé le bacille de Koch?

Bien entendu, je ne veux pas parler de ce redressement que nous faisons tous, sans danger, dans les coxalgies récentes, cas dans lesquels nous ne donnons de chloroforme que pour lutter contre la contracture musculaire et éviter la souffrance pour le malade. Mais je ne veux parler que de redressement pour des cas analogues à ceux de M. Jalaguier dont la statistique nous a donné les notions les plus justes et les plus précises au cours de la discussion.

Plus je vais, plus j'ai horreur du redressement forcé et brusque. J'appelle alors à mon aide l'extension continue. Plus tard, bien entendu, je suis partisan comme vous tous de l'ostéotomie sous-trochantérienne.

A propos de la coxalgie suppurée, je dois dire que j'ai été stupéfait d'entendre M. Ménard venir nous reprocher, à M. Quénu et à moi, de ne pas avoir distingué les abcès tuberculeux aseptiques et les abcès tuberculeux septiques. Alors que j'ai pris soin, au contraire, de bien spécifier ce point dans ma communication. Et, j'en suis d'autant plus étonné, que M. Ménard fréquente de temps en temps mon service et qu'il doit donc m'avoir entendu dire, très souvent, combien je craignais l'infection chez les tuberculeux. Je le dis tous les jours, le plus grand danger que puisse courir un tuberculeux, c'est de devenir septicémique. C'est, en me basant sur cette notion que je répète qu'il ne faut pas ouvrir de collection tuberculeuse afin de ne pas ouvrir de porte aux microbes vulgaires de la suppuration. Faut-il parler de ces cas de guérison radicale de tuberculose de la hanche, dans lesquels il est dit que l'opération marche bien et que le malade guérit rapidement et complètement avec seulement la persistance, pendant quelque temps de l'inflammation du drain? Ce fameux drain dont le trajet persiste toujours, n'est-il pas la preuve de la fistule interminable et de l'inefficacité de l'opération dite radicale?

J'ai été frappé de la communication de M. Jalaguier, qui était nourrie de faits. M. Jalaguier démontre de plus, comme je l'ai fait moi-même, la supériorité de l'éther iodoformé sur le naphtol camphré.

C'est jouer sur les mots, que d'appeler, avec M. Ménard, l'abcès tuberculeux, un tuberculôme. A peine ce mot devrait-il être réservé aux amas de masses caséeuses. Mais il ne saurait convenir aux collections assez molles pour être ponctionnées. C'est donc jouer de malheur que de dire que les injections ne conviennent que dans les tuberculômes. An sens où on doit l'entendre, le tuberculôme ensemble de masses caséeuses, est précisément le cas dans lequel la ponction ne donne rien, mais reste le plus souvent blanche.

M. Berger a abordé un côté intéressant de la question en établissant une différence entre l'abcès du début et l'abcès de la fin de la coxalgie. Dans mon enseignement, j'insiste sur cette distinction. Il y a des abcès tardifs que j'appelle *abcès résiduaux*, qui sont dûs à une toute petite lésion osseuse, ou même des parties molles et qui guérissent très facilement par la ponction et l'injection modificatrice. Quant aux abcès du début, j'en vois guérir aussi, mais il faut pour cela, que la ponction ne soit pas faite avant que l'on obtienne une fluctuation très franche de la collection. Il ne s'agit donc point ici de se hâter. Vous pourriez avoir affaire à un tuberculôme au lieu d'un véritable abcès et en ponctionnant, vous feriez alors de la bonne besogne.

A cet égard, j'ai deux faits récents à vous signaler: chez deux enfants qui me furent présentés avec les symptômes d'une coxalgie au début, j'ai pu déterminer une fluctuation d'origine acétabulaire au niveau de la fosse iliaque. Chez eux, comme il s'agissait certainement d'une collection très petite, j'ai incisé la peau comme pour lier l'iliaque externe, j'ai relevé le fascia et j'ai eu de suite sous les yeux un abcès petit que j'ai pu ponctionner et injecter sans aucun risque. Mes deux malades ont été très rapidement guéris.

Je fais donc comme M. Berger une grosse différence entre les abcès du début et les abcès de la fin de la coxalgie ou *abcès résiduaux*. Les injections ont été plus favorables à la vérité à ces derniers abcès, mais, cependant, contrairement à M. Berger, j'ai vu de nombreux abcès du début guéris par ces injections.

Il est évident que certains cas restent toujours rebelles. C'est alors que l'on a recours à certaines opérations, telles que la tunnellisation de M. Quénu. Mais quand M. Ménard nous parle de curettage intégral, il ne dit qu'un mot. Pour faire ce curettage, il faudrait aller à la chasse des fongosités, s'acharner à curetter, causer des dommages importants, bref, ce serait faire une très mauvaise opération. Le malade peut ainsi semer le bacille de Koch dans son organisme, devenir septicémique et si, c'est un enfant, perdre à tout jamais l'avenir de son membre.

Donc, l'idée de conservation domine le traitement de la coxalgie et cette règle vient d'être proclamée par tous les membres de la Société de Chirurgie.

M. Hennequin insiste sur les différents traitements orthopédiques de la coxalgie et il montre que quelle que soit la nature de l'affection qui intéresse la hanche, c'est l'extension continue qui doit être le procédé orthopédique de choix.

Deux cas d'occlusion intestinale.

M. Broca. — M. le Dr Legueu nous a lu il y a quelque temps deux observations intéressantes d'occlusion intestinale.

La première, qui a trait à une *torsion du côlon ascendant* relève, on le voit, d'une lésion que sa rareté rend intéressante. Elle concerne un homme de 37 ans, qui depuis un an avait été pris environ tous les mois de coliques brusques, sans diarrhée, assez violentes pour le

forcer à quitter son travail: chaque crise durait trois à quatre heures; aucun trouble intestinal dans l'intervalle. Le 13 mars 1896 débuta l'occlusion, par une crise qui d'abord ne sembla pas plus intense que les autres, mais se transforma vite en occlusion. Au bout de trois jours, après échec des purgatifs et des lavements, le malade se décida à entrer à l'hôpital et M. Legueu, appelé d'urgence, pratiqua la laparotomie. La première exploration fut pour la fosse iliaque droite, ou rien d'anormal ne fut senti; alors, après avoir constaté que l'S iliaque était rétracté et l'intestin grêle distendu, M. Legueu eut recours à l'éviscération partielle. Il vit ainsi faire saillie dans la partie supérieure de l'incision, une portion d'intestin distendue au point de ressembler à un estomac dilaté. Mais en l'abaissant, il reconnut qu'en réalité c'était le cæcum, situé au-dessous d'une torsion de l'extrémité inférieure du côlon ascendant. Le cæcum avait ainsi fait un demi-tour de gauche à droite; en outre, il avait subi une translation en haut et à gauche, de façon à venir se loger dans la région épigastrique.

La remise des parties en position normale fut aisée, mais la réduction exigea l'évacuation du cæcum par incision franche suivie de suture. Le malade succomba le 19 mars, avec tous les signes d'une septicémie péritonéale aiguë.

L'autopsie permit de vérifier la disposition anatomique, constatée déjà au cours de l'opération grâce à laquelle avait été possible cette torsion: le méso-côlon ascendant ne commençait que notablement au-dessus du cæcum, en sorte que l'extrémité inférieure du côlon était libre, entourée de toutes parts de péritoine. C'est là une disposition rare, mais non très exceptionnelle, en particulier, chez l'enfant en bas âge, et je me souviens d'en avoir disséqué plusieurs cas, dont un où le méso côlon ne commençait qu'à peine au-dessous de l'angle droit du méso-côlon, en sorte que l'angle oléo-cœcal était assez mobile pour pouvoir être rabattu an-devant de l'appendice xiphoïde.

J'insisterai sur la distension du cæcum; on sait qu'elle est la règle pour les différents segments d'intestin atteint de valvulus et que Von Wahl (de Dorpat) en a tiré un signe important pour le diagnostic. Dans le cas actuel, M. Legueu n'avait pas trouvé dans le ventre, avant l'opération, le météorisme limité et fixe décrit par Von Wahl. On conçoit combien cette notion est contraire au traitement par l'anus contre nature, car on risque fort d'ouvrir à l'extérieur précisément l'anse tordue, qui souvent remplit presque l'abdomen, et le résultat, naturellement, est nul. Il y a déjà longtemps que mon ami Hartmann a fait valoir cet argument. Il est inutile d'insister davantage, car aujourd'hui je crois que les partisans de l'anus contre nature sont raréfiés.

C'est peut-être pour la deuxième observation de M. Legueu que l'anus contre nature compterait encore quelques adeptes. Dans ce cas, il s'agit d'une femme de 61 ans, chez laquelle des accidents graves d'occlusion persistèrent après la réduction d'une hernie étranglée pendant une journée. Au dixième jour, soupçonnant une réduction en masse, M. Legueu fit la laparotomie: il ne trouva aucun obstacle mécanique, mais à la jonction de la partie distendue et de la partie affaissée, il vit un sillon noir, marquant bien évidemment la place du contour de la partie serrée de l'ancien étranglement herniaire. Après quelques manipulations, ayant démontré la perméabilité de l'intestin à ce niveau, M. Legueu referma le ventre; une heure et demie après, la débâcle se produisait, et la malade guérit sans encombre.

Ces cas de *pseudo-étranglement par paralysie* sont rares, mais incontestables. On en a déjà observé à la suite de taxis, de kélotomie, de laparotomie pour occlusion, et ils ont donné lieu à un travail tout récent de Heidenhain (1). C'est dans ces conditions que l'on obtient des succès rapides par l'administration d'un purgatif. Mais, dans l'espèce, M. Legueu devait-il recourir à cette thérapeutique? Je ne le pense pas, car le diagnostic exact de la lésion extra-abdominale était impossible. Les signes sont bien douteux, pour permettre d'éliminer à coup sûr la réduction en masse, la réduction de l'anse toujours enserrée par le collet, la persistance d'un pincement dans un collet profond, toutes lésions auxquelles convient seule la laparotomie aussi rapide que possible. L'observation de M. Legueu prouve qu'une fois le contour serré forcé par quelques manifestations le résultat favorable peut être acquis grâce à la laparotomie; elle nous montre aussi que, dans ces conditions, la laparotomie simple est bénigne, et ainsi tombe un des derniers arguments en faveur de l'anus contre nature, dont les quelques succès définitifs, avec guérison ultérieure de la fistule, contiennent sans doute des pseudo-occlusions paralytiques.

Traitement des fractures de la rotule.

M. Berger. — M. Lucas-Championnière s'est montré, l'autre jour, un peu sévère pour le cerclage de la rotule. Il a dit que c'était un retour vers les errements du passé. Il paraît croire que nous pensons devoir appliquer le cerclage à tous les cas. Mais il se trompe. Au début, j'ai fait cette opération dans deux cas assez particuliers. Une fois il s'agissait d'une fracture avec un petit fragment inférieur qui ne me permit pas de passer un fil d'argent dans son épaisseur. Une seconde fois, il s'agissait d'une fracture itérative intéressant non pas l'ancien cal, mais le fragment supérieur avec adhérence d'un petit fragment supérieur de cette nouvelle fracture au tendon du triceps. Dans ces deux cas j'ai fait le cerclage de la rotule avec un plein succès. C'est alors que j'ai préconisé le

(1) Heidenhain: *Deut. Zeitschr f. Chir.*, 1896, t. XLIII, p. 201.

cerclage de la rotule. Mais, j'ai insisté, à ce moment-là, sur l'avantage du cerclage dans certains cas seulement et non pas dans tous les cas.

Les objections que M. Lucas-Championnière a faites du cerclage ne me paraissent pas devoir porter. Il se contente de dire que ce n'est pas une méthode. Il juge avec Lister, et en cela il a cent fois raison, qu'il faut ouvrir avant tout la jointure et en vider le contenu. Mais, dans mon procédé, je prends ces mêmes précautions et j'évacue avec précaution la cavité articulaire.

Toutefois, s'il y avait lieu de mettre en parallèle la suture osseuse et le cerclage, je ne crains pas de dire que je donnerais volontiers mes préférences au cerclage. Traumatisme opératoire moins violent, respect des surfaces osseuses et des cartilages articulaires pour le passage des fils, tels sont les deux grands bénéfices que je lui accorde, au point que je serais tenté de l'appliquer à tous les cas.

Je fais des réserves sur la simplicité attribuée par M. Lucas-Championnière au traitement opératoire de la fracture de la rotule. Cette suture de la rotule n'a pas, loin de là, la simplicité d'une opération courante. De plus, elle n'est pas d'une garantie absolue. Il y a des accidents d'infection et même de mort à la suite de cette opération.

Le cerclage de la rotule ne mérite donc pas le blâme, un peu prématuré, que lui a donné M. Lucas-Championnière, et la suture de la rotule, quoi qu'il en dise, n'est pas le dernier mot de la question.

Présentation de malades.

RÉSECTION DOUBLE DU SYMPATHIQUE CERVICAL POUR GOITRE EXOPHTALMIQUE

M. Jean-Louis Faure. — J'ai fait, le 5 juin dernier, dans le service de M. Reclus, à l'hôpital Laënnec, la résection double du sympathique cervical pour un goître exophtalmique, chez une femme, avec exophtalmie interne et ulcérations de la cornée, avec goître volumineux et troubles cardiaques.

J'ai, de chaque côté du cou, enlevé le ganglion supérieur cervical avec six ou sept centimètres du cordon nerveux sous-jacent. L'opération a été très simple et rapidement faite.

La malade a présenté ensuite les phénomènes suivants : Le soir même, amélioration notable du côté des yeux que la malade peut fermer, puis l'exophtalmie diminue, les ulcérations guérissent.

Le volume du cou tombe de trente-neuf centimètres de contour à trente-six centimètres. Le pouls également se modifie. Bref, j'ai tenu à vous présenter la malade qui a été, jusqu'ici du moins, si heureusement modifiée par la résection du sympathique cervical.

M. Gérard-Marchant est nommé rapporteur.

TUMEUR DE L'ORBITE

M. Nélaton présente un jeune homme de 26 ans atteint d'une tumeur de l'orbite pour laquelle il a porté le diagnostic d'ostéôme éburné ayant son point de départ dans les cellules ethmoïdales. Il n'y a pas de phénomènes de compression orbitaire.

M. Pauas a corroboré le diagnostic de M. Nélaton.

M. Nélaton se dispose à extirper cette tumeur, mais il désire avoir, auparavant, l'avis de ses collègues.

M. Gérard-Marchant conseille à M. Nélaton de faire photographier son malade par les rayons X.

GASTROSTOMIE PAR LE PROCÉDÉ DE M. FONTAN (DE TOULON)

M. Ricard. — J'ai fait, chez ce malade, la gastrostomie pour néoplasme malin de l'œsophage. Je vous présente comme sujet une épreuve que j'ai faite du procédé imaginé par **M. Fontan** (de Toulon) pour remédier aux accidents causés sur la peau par le suc gastrique dans la gastrostomie.

Je vous rappelle que ce procédé consiste après ouverture de l'abdomen, à amener, avec une pince, la paroi de l'estomac au dehors, et à déterminer ainsi une sorte de cône exubérant oval, on fixe le pourtour à la paroi, puis on perfore le sommet du cône et on invagine cette sorte de valvule dans la cavité stomacale.

Chez mon malade, le résultat obtenu a été parfait, et nulle goutte de suc gastrique n'est venue se mettre en contact avec le pourtour de la fistule gastrique.

JEAN PETIT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juin.

Les appareils de marche dans le traitement des fractures du membre inférieur.

M. Paul Reclus. — En 1878, au Congrès de Cassel, Hessing présenta à ses collègues un blessé atteint de fracture du membre inférieur et qui, au quinzième jour de son accident, marchait avec facilité, non pas avec des béquilles comme on l'avait proposé et pratiqué déjà, mais en s'appuyant sur le membre fracturé lui-même. C'était l'aube d'une révolution pour le traitement des ruptures des os; elle fit de rapides progrès en Allemagne, son lieu d'origine, puis gagna l'Italie, la Suède, les Etats-Unis d'Amérique, mais parut s'arrêter aux frontières de France. En effet, 19 ans après sa première application, la méthode n'a été discutée dans aucune de nos Sociétés savantes et notre littérature est très pauvre sur ce sujet : à peine trouve-t-on un article de Rieffel, un autre de Ricard et Demoulin dans les deux Traités de chirurgie en cours de publication, un compte rendu de Poremhky, dans la *Semaine Médicale*, une thèse de 1894, inspirée à Lapeyre par notre collègue M. Le Dentu, et une critique de M. Hennequin dans la *Revue d'orthopédie*. Encore tous ces auteurs se montrent-ils hostiles au nou-

veau mode de traitement, et il faut en arriver à M. Cestan, mon ancien interne et mon ami, pour tronver un sérieux partisan des appareils de marche. Je l'ai suivi dans cette voie; j'ai partagé sa conviction et c'est dn résultat de nos recberches communes que je désire vons entretenir.

L'appareil de marche — l'appareil ambulatoire — comme on dit eu Allemagne, repose sur nu principe fort simple : il consiste à prendre, au-dessns du foyer de la fracture, un point d'appui suffisant pour un levier rigide, attelle de bois ou de fer, qui transmettra au sol le poids dn corps directement et sans agir sur les fragments osseux, isolés pour ainsi dire et soustraits aux pressions et aux mouvements dangereux. L'appareil qui réalise cette conception est peu compliqué, mais avant de décrire celui que, après plusieurs essais, M. Cestan et moi nous avons adopté, il nous faut ouvrir une parentbèse. Les appareils de marche sont ntilisés dans plusieurs ordres de cas; on y a recours pour les fractures de jambes, les fractures de cuisse et les fractures de la rotule; on les emploie encore à la snite des ostéotomies et des ostéoclasies, enfin on les adapte même aux membres inférieurs après la résection tibio-tarsienne et fémoro-tibiale. Mais je veux ne vons parler ici que de faits snr lesquels j'ai une expérience personnelle; je laisserai donc de côté les appareils imaginés pour les fractnres de cuisse et les fractures de la rotule, pour les ostéotomies et les ostéoclasies, les résections fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes, et je ne décrirai que l'appareil de marche pour les fractures de jambes. Il est d'ailleurs le plus important puisque snr 490 cas relevés par M. Cestan et portés à 500 par l'adjonction de nos observations personnelles, les appareils pour les fractures de jambes comptent pour 377, c'est-à-dire pour près des trois quarts.

Donc, pour une fractnre de jambe, voici comment nons procédons : nous appliqnons d'abord nn premier appareil, une gonttière postérieure qni prend le pied, correctement mis à angle droit, et qui remonte jnsqu'au niveau de la jarretière, bien au-dessous du plateau tibial. Cette gonttière doit être fort légère et comprendra tout au plus six on sept épaisseurs de tarlatane; elle sera posée dès le premier jour à moins qu'il n'y ait gonflement du membre, auqnel cas on attendrait que la tuméfaction se dissipe. Cette gouttière est nn simple appareil de contention ou de maintien qui a ponr mission d'immobiliser les fragments rigoureusement réduits. Le lendemain, lorsque ce plâtre est bien sec, on enlève les bandes qui l'entourent et on procède à la confection de l'appareil de marche proprement dit. M. Cestan et moi nous l'avons réduit à sa plus simple expression. Il consiste en nne lame de zinc ou de fer pliée en étrier et dont je vous montre ici le modèle; il est assez long pour que ses deux branches atteignent en baut le chapiteau tibial, tandis qne, en bas, son extrémité inférienre, élargie en une sorte de semelle, desceud jnsqu'à trois ou qnatre centimètres au-dessous de la plante du pied. Il nons faut, en ontre, deux compresses plâtrées formées de quinze épaisseurs de tarlatane; elles sont larges de six centimètres environ et longues de vingt-cinq à trente centimètres. Si nous y ajoutons une large bande de tarlatane imprégnée à l'avance de plâtre sec et plongée dans l'eau au moment voulu, nous avons tout ce qu'il faut pour bâtir notre appareil de marche.

La technique est simple : on applique, en dedans et en debors dn membre fracturé, les compresses de tarlatane de façon à ce qu'elles s'appuient sur l'extrémité supérienre de la gouttière de maintien pnisqu'elles remontent snr les parties latérales dn genou et de l'extrémité inférieure de la cuisse; ces compresses plâtrées forment une sorte de lit snr leqnel viendra se mouler l'extrémité supérieure des branches latérales de notre lame de zinc. Celle-ci sera placée et maintenne par nu aide de façon à ce que son sous-pied soit distant de trois centimètres de la plante du pied, tandis qne ses branches latérales, remontant dans l'axe des malléoles, atteindront les compresses de tarlatane dans lesquelles leur extrémité supérienre s'encastrera. On rabattra alors snr la lame de zinc la portion libre des compresses, celle qui remontait vers le genon et la cuisse et on consolidera le tout par des tours de bande plâtrée. On sècbera le plâtre avec des bandes de toile qu'on enlèvera le lendemain et le fracturé pourra, dès ce jour-là, commencer à marcber. Tel est cet appareil ambulatoire plus facile à faire qu'à décrire. On voit qu'il répond aux principes que nous invoquions au début, puisqu'il prend sur l'évasement du tibia, sur cette saillie en forme de cbapitean que forme l'os à son extrémité supérieure, un point d'appui grâce auquel la lame de zinc transmet directement au sol le poids dn corps en isolant la fracture, en la suspendant, pour ainsi dire, bors de tonte atteinte et en la sanvegardant contre les pressions dangereuses.

On pent répondre, observations en mains, anx objections qne les adversaires de la métbode opposent aux appareils de marcbe. Et d'abord, nous demande M. Hennequin, votre appareil de marcbe n'usnrpe-t-il pas son nom ? Et il nous dépeint le fracturé appuyé sur un infirmier à droite, sur une béquille à gaucbe et ne posant sur le sol qu'avec difficulté son pied, alonrdi par le plâtre. En vérité, ce tableau n'est pas exact et je vous ai montré mes malades marcbant d'abord avec deux cannes, puis avec une seule et pouvant franchir, dès la première ou la deuxième semaine de leur accident, le long trajet qni sépare l'hôpital Laënnec de la rne de l'Abbaye et gravir le bant et rapide escalier de la Société de Chirurgie. Certainement, M. Hennequin a raison de dire que le terrassier ue reprendra pas sa bronette et qne le porteur à la Halle ue chargera pas un sac de farine. Mais il est d'autres professions, moins pénibles que celles-là, et

Krause, avec une fracture bi-malléolaire, reprenait ses visites au sixième jour, montait des escaliers, marchait pendant des heures et n'en était pas moins guéri et bien guéri à la quatrième semaine. Cestan nous cite plusieurs exemples analogues, entre autres celui d'un malade de M. Kirsh qui, au deuxième jour d'une fracture de jambe, retournait de Francfort à Berlin et reprenait ses occupations. C'est dire qu'un notaire, un banquier, un magistrat pourra se remettre à ses travaux et même qu'un chef d'usine pourra surveiller ses ateliers.

Et puis, ajoutent nos contradicteurs, le membre pressé par le poids du corps contre l'appareil de marche ne va-t-il pas devenir le siège d'eschares qui retarderont d'autant la guérison définitive, de telle sorte que vous aurez acheté d'un plus long séjour à la chambre l'avantage, plutôt apparent et bien illusoire, de poser le pied à terre. Mais ceci est encore une objection théorique. Et à l'usage on voit que ce danger n'existe vraiment pas. Certainement une eschare peut toujours se produire sous un appareil plâtré quelconque; il n'est même pas besoin de marcher pour cela et on en a observé, même au lit. Mais une surveillance attentive ôte à cet accident toute sa gravité. Il ne faut pas que le malade souffre dans son appareil; à la première douleur on enlèvera le plâtre, car cette douleur prouve que l'appareil est mal mis et on en mettra un second. Dans une de mes observations, celle de ce malade qui, dans une rixe, avait eu la jambe cassée d'un coup de pied, le blessé a accusé la souffrance au bout de quinze jours et nous en avons été quitte pour enlever notre plâtre. La guérison n'en fut pas moins très rapidement obtenue. Donc rien à craindre de ce côté, à condition, il est vrai, d'exercer une très active surveillance. Mais nous n'avons plus à apprendre que la tranquillité du malade est faite des anxiétés du chirurgien.

Troisième objection : le foyer de la fracture, sans cesse sollicité par la marche, se consolidera mal et lentement. Eh bien ! c'est justement le contraire qu'on observe : nous n'invoquerons pas ici nos cas personnels où une fois le cal a paru se faire dans les limites nouvelles et où cinq fois il a été visiblement beaucoup plus précoce : on pourrait nous dire qu'il s'agit là d'une petite série heureuse, mais les relevés de M. Cestan, qui portaient, nous l'avons vu, sur quatre cent quatre-vingt-dix cas, sont à ce sujet, singulièrement instructifs. Et l'on y constate que la consolidation des fragments cassés a été obtenue de dix à vingt jours plus rapidement dans les appareils immobilisateurs ordinaires, et, l'argument est assez péremptoire pour qu'il me semble inutile d'insister. Et ce n'est pas tout encore : consolidation osseuse et guérison ne sont pas synonymes et l'os peut être déjà résistant que le blessé ne peut marcher encore; les muscles sont atrophiés par l'inaction, les tendons ankylosés dans leurs gaines et les jointures enraidies, sans parler des œdèmes du tissu cellulaire et de la peau. Or, justement, les appareils de marche suppriment ces complications d'où consolidation osseuse et guérison deviennent deux termes qui se correspondent beaucoup mieux.

Mais pour être juste, il faut reconnaître qu'en France ce résultat était déjà acquis et nous en devions la conquête à notre collègue, M. Championnière, qui nous a montré depuis longtemps combien était faux et dangereux l'ancien dogme de l'immobilisation absolue des fractures. Dans le traitement des ruptures des os, il y a deux indications d'apparence contradictoire : réduire les fragments et les immobiliser pour permettre leur consolidation et l'ancienne chirurgie n'avait étudié que ce côté du problème. Mais il y a l'autre indication : nourrir les muscles qui s'atrophient dans l'inaction, s'opposer à l'enraidissement des gaines tendineuses et des jointures que provoque l'immobilité du membre. Grâce à M. Championnière, nous nous préoccupons maintenant de ce second facteur et nous conjurons ces accidents par le massage et la mobilisation précoce des articulations. C'est là un incontestable progrès. Or, il se trouve que ce massage et cette mobilisation sont assez difficiles à pratiquer dans certaines fractures de jambe, celles justement où est surtout indiqué l'appareil de marche qui, lui aussi, nourrit les muscles, et mobilise les gaines et les jointures. Voilà pourquoi il me paraît vraiment utile et j'ai cru intéressant de vous communiquer, avec mes premières observations, le résultat de ma toute récente expérience.

Séance du 22 juin.

Résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goître exophtalmique.

M. Paul Reclus. — J'ai l'honneur de vous présenter, en mon nom et au nom de mon assistant, **M. Faure,** chirurgien des hôpitaux, une malade atteinte de goître exophtalmique et chez laquelle on a pratiqué la résection bilatérale d'une portion notable du grand sympathique cervical.

Voici la technique employée par M. Faure :

Il fait, à droite, une incision de douze centimètres, le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien ; en libérant le muscle, la branche trapézienne du spinal est échancrée d'un coup de bistouri, puis se rompt ultérieurement. Le muscle est écarté en avant et l'on se trouve sur la colonne vertébrale, au niveau des apophyses épineuses ; quelques coups de sonde cannelée découvrent les nerfs du plexus cervical profond étalés sur les muscles vertébraux. Puis, on arrive à la partie antérieure des corps vertébraux et l'on aperçoit le paquet vasculo-nerveux, carotide, jugulaire et pneumo-gastrique que l'on récline facilement en avant, avec le sterno-mastoïdien ; en

arrière, directement en arrière, on voit le ganglion cervical supérieur fixé contre la colonne vertébrale par ses anastomoses avec le plexus cervical profond. Le ganglion est saisi avec une pince à griffes; de petits ciseaux courbes à pointes mousses détachent par coups successifs les divers rameaux qui en émanent; il se laisse alors attirer, emportant avec lui le cordon du grand sympathique. Celui-ci est libéré à la sonde cannelée sous une largeur de six centimètres environ ; c'est alors que nous apercevons facilement l'origine des nerfs cardiaques supérieurs et un plexus qui tient lien du ganglion cervical moyen. C'est au-dessous de ce point qu'un coup de ciseau détache le tronc du sympathique le plus bas possible. Pas un vaisseau n'a été ouvert; on ne pratique aucune ligature ; la peau est réunie au crin de Florence et l'opération a duré sept minutes.

A gauche, opération identique ; même incision, même soulèvement du sterno-mastoïdien en avant ; mais ici l'intervention s'est trouvée compliquée par l'existence de ganglions tuberculeux qu'il a fallu extirper pour atteindre le ganglion cervical supérieur, saisi comme il a été fait pour le côté droit et séparé de ses rameaux afférents et efférents. Le cordon du grand sympathique a été réséqué aussi bas que possible, au-dessous du plexus qui remplaçait le ganglion moyen. La seule difficulté, après l'extirpation des ganglions tuberculeux, a été de ménager la branche trapézienne du spinal, qui traversait le champ opératoire. Une veine qui donnait un peu de sang a été liée au catgut et la plaie cutanée a été fermée par des crins de Florence. L'opération a duré vingt minutes.

Voici quels ont été les résultats de cette intervention. D'abord, il faut remarquer que l'aide qui tenait le pouls au moment de la section des grands sympathiques n'a rien remarqué d'anormal; rien non plus du côté de la face et du cou; l'exophtalmie paraissait aussi grande et la tuméfaction thyroïdienne aussi prononcée. Mais le soir déjà on notait quelques différences; le pouls était aussi rapide et battait 150, mais sa régularité était beaucoup plus grande; puis la nuit fut bonne et la malade remarque que, pour la première fois depuis dix ans, elle peut fermer ses paupières sur ses yeux moins saillants. Enfin, le pouls non seulement se régularise mais il est moins précipité et le lendemain matin il ne bat plus que de 100 à 120 à la minute.

L'amélioration s'accentue les jours suivants : les battements du cœur sont bien moins violents, la sensation de chaleur s'atténue et la malade peut dormir plusieurs heures sans se réveiller en proie aux cauchemars. Au septième jour, le pansement est enlevé; la réunion est complète et l'on constate que le corps thyroïde a beaucoup diminué; il ne forme plus cette saillie pulsatile qu'il avait avant l'opération; le pouls est entre 80 et 100. Actuellement, au commencement de la troisième semaine après l'opération, l'état général est incomparablement meilleur; l'exophtalmie est beaucoup moindre et la malade peut fermer complètement les yeux; le goitre est à peine sensible et la circonférence cervicale a passé de trente-neuf à trente-six centimètres. On ne voit plus battre les vaisseaux de la région cervico-faciale, et le cœur, à chaque coup, n'ébranle plus la poitrine. Le pouls ne s'élève guère au-dessus de 80. Enfin, les tremblements des mains, les contractions fibrillaires des muscles, le fléchissement des jambes ont disparu ; il en est de même des céphalalgies, des insomnies, des sueurs profuses et de la diarrhée. L'opérée se sent plus forte et son état général est vraiment transformé.

Telle est mon observation. Je n'ignore pas l'objection capitale qu'elle soulève : le résultat est trop récent pour qu'on puisse faire fond sur lui et il faut voir ce que deviendra la malade, car, en définitive, il peut ne s'agir que d'une amélioration passagère. Mais je rappelle que cette résection bilatérale du sympathique cervical a été imaginée par Jaboulay et son auteur y a eu recours au moins six fois depuis deux ans. Peut-être la lecture de ce fait lui inspirera-t-elle la bonne pensée de vous écrire ce que sont devenus ses malades. Peut-être aussi M. Jonesco, de Bucarest, qui est inscrit parmi les candidats au titre de membre correspondant étranger et qui, lui aussi, a pratiqué cette opération, voudra-t-il vous en dire le résultat thérapeutique. Peut-être enfin, notre collègue, Gérard-Marchant, qui, m'a-t-on dit, possède un fait semblable, voudra bien le publier. Il serait intéressant de réunir les documents épars qui existent à cette heure et qui nous permettraient, sans doute, de tirer des conclusions précises, ce que je ne saurais faire en m'appuyant sur mon unique et trop récente observation.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 10 juin.

M. Pichevin présente un utérus enlevé avec les annexes par la voie vaginale, pour un double pyosalpinx. Après incision du cul de-sac postérieur, il fit la fente médiane antéro-postérieure de l'utérus; cette manœuvre lui permit d'enlever facilement les poches salpingiennes.

Eclampsie post-partum.

M. Maygrier. — Une primipare de 26 ans arrive à Lariboisière ; en travail, à terme. Depuis un mois, elle présentait de la céphalée et de l'œdème des membres inférieurs. Sept heures et demie après l'accouchement, elle eut une première attaque d'éclampsie suivie de trois autres de onze heures du matin à deux heures. Entre chaque crise, elle reprenait connaissance. De deux heures du soir à six heures, elle reste calme; à six heures, elle

eut une nouvelle attaque à la suite de laquelle le coma persista. Son état s'aggrave rapidement et elle meurt à sept heures du soir. Cette observation est intéressante en ce sens que l'éclampsie post-partum d'habitude bénigne a eu une terminaison fatale. Il y a de plus lieu de faire remarquer que cette observation va à l'encontre des idées soutenues par les partisans de la provocation du travail dans les cas d'éclampsie de la grossesse. L'auteur en prend acte pour s'opposer à cette manière de faire. Il est bien entendu cependant qu'il reste partisan de la terminaison rapide du travail chez les éclamptiques, conduite qui ne peut donner que d'excellents résultats pour la mère et pour l'enfant.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Traitement opératoire de l'ectopie vésicale.

M. Trojanoff (*Arch. russes de Chir.*, n° 5, 1897 et *Rev. de Thérap.*, n° 12, 1897) rapporte un cas dans lequel il s'agissait d'ectopie complète et d'épispadias chez un enfant âgé d'un mois. L'auteur pratiqua d'abord la cure de l'épispadias d'après Thiersch et l'opération réussit. Pour la cure de l'ectopie, Trojanoff procéda de la façon suivante. Après avoir fait à la limite de la peau et de la muqueuse vésicale une incision pénétrant dans la profondeur jusqu'au revêtement séreux, et séparé sur toute sa circonférence le bord de la paroi vésicale, il le sutura en le tournant vers l'intérieur de la vessie par une suture transversale. Ceci fait il réunit les bords de la peau. Il introduisit ensuite un cathéter à demeure. Dix jours après l'opération, les parois vésicales se réunirent assez solidement : il n'est resté qu'une petite fistule par laquelle l'urine sortait constamment. Cette fistule fut fermée un mois après et, dès ce moment, l'urine sortait déjà par l'uréthre. La guérison fut définitive. Mais, malheureusement, l'enfant souffre d'incontinence par suite de l'absence du sphincter, affection à laquelle, pour le moment du moins, la chirurgie est impuissante à apporter un remède efficace.

De l'hydrocèle congénitale, cure radicale.

M. Mencière (*Arch. clin. de Bordeaux*, n° 6, p. 283, 1897) publie l'observation de deux malades, atteints d'hydrocèle congénitale, chez lesquels il a vu employer, par M. le professeur Demons, un mode de traitement opératoire qui a donné pleine satisfaction.

L'opération consiste à pratiquer une longue incision suivant le grand axe de la tumeur, c'est-à-dire de haut en bas, incision se prolongeant jusqu'à l'anneau inguinal. Quand on arrive sur la séreuse, on l'incise largement, comme dans la méthode de Volkmann, puis on détruit le canal péritonéo-vaginal en le sectionnant transversalement à l'aide des ciseaux. Les bords du sac séreux ainsi formé sont ensuite rapprochés et suturés au catgut, de sorte que le testicule se trouve contenu dans une vaginale reconstituée, moins étendue que la première; celle-ci est, en effet, distendue par le liquide, et parfois même par le liquide et la masse intestinale. Au-dessus de cette nouvelle vaginale, on excise la séreuse sur une certaine hauteur, de sorte que le canal péritonéo-vaginal se trouve incontestablement détruit. Puis, considérant la partie supérieure de ce canal comme un sac herniaire, on procède à une véritable cure radicale de hernie.

Ainsi donc, l'anneau inguinal est fermé, la portion du canal péritonéo-vaginal immédiatement située au-dessous est détruite, excisée; le testicule se trouve contenu dans une cavité vaginale nouvelle, moins grande que la première, cavité dont les parois ont été excisées, traitées suivant la méthode de Volkmann, cavité ne pouvant avoir ultérieurement aucune communication avec la cavité abdominale.

Cette méthode diffère de celle qui, décrite par Faure, est habituellement employée, on de celle qui consiste à pratiquer simplement la cure radicale comme dans une hernie. Ici, on ne se contente pas d'ouvrir la vaginale et de compter ensuite sur une inflammation adhésive pour oblitérer le canal péritonéo-vaginal. Le chirurgien non seulement détruit le canal, mais encore ferme l'anneau inguinal.

Enfin, au lieu de laisser la vaginale se réparer seule, comme cela se fait quand on se contente de faire une cure radicale de hernie, quelques points de suture au catgut fin reconstituent immédiatement, ce qui peut avoir son importance, une cavité vaginale.

L'opérateur peut indifféremment reconstituer la vaginale et fermer ensuite l'anneau inguinal; mais, dans le cas d'hydrocèle congénitale s'accompagnant de hernie, il est préférable de fermer d'abord l'anneau inguinal, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, et de s'occuper ensuite de la réfection de la cavité vaginale.

CHIRURGIE DU SYSTÈME NERVEUX

Traitement chirurgical des épilepsies partielles.

M. Gilbert Ballet (*Méd. mod.*, n° 49, p. 385, 1897) résume ainsi les règles de conduite qui devront être suivies, par le chirurgien, chez la malade atteinte d'épilepsie partielle qu'il a présenté au cours de sa leçon.

Chez notre malade on pratiquera l'ouverture du crâne sur le côté droit de façon à découvrir largement le centre moteur de la face, c'est-à-dire le pied des circonvolutions rolandiques, et les parties avoisinantes de l'écorce.

On recourra dans ce but au procédé dit de l'hémi-craniectomie temporaire.

Le cerveau mis à nu, si, contre notre attente, on rencontre une tumeur *péri-cérébrale*, on l'enlèvera aussi complètement que possible.

Si, comme il est probable, la tumeur est *corticale*, on enlèvera de cette tumeur ce qu'on pourra en ayant soin d'éviter d'occasionner des délabrements de la substance grise qui aggraveraient la situation.

Au cas où l'on n'apercevrait aucune lésion à la surface ou dans l'épaisseur des circonvolutions, on s'assurera par la ponction qu'il n'y a pas de tumeur liquide sous-corticale. Si l'on découvrait un kyste ou un abcès, on le viderait.

Dans le cas contraire, on refermera purement et simplement le crâne en se gardant d'exciser le centre cortical qui commande le signal-symptôme.

Ne vous dissimulez pas que si nous avons de grandes chances de découvrir la lésion, nous en avons aussi de très grandes pour découvrir une lésion inopérable. Mais n'oubliez pas que l'intervention chirurgicale est la seule ressource qui *puisse* être, chez cette malade, vraiment efficace. Nous n'avons pas le droit de n'y pas recourir.

Cas de paralysie du nerf péronier.

A la Société de Médecine interne de Berlin, M. Kron (*Méd. mod.*, n° 48, p. 381, 1897), a présenté, à la séance du 31 mai, une domestique âgée de 16 ans, atteinte il y a deux ans d'une paralysie des deux pieds, surtout du pied droit. Elle ressentit d'abord des fourmillements dans les pieds pendant un travail qu'elle accomplissait dans une attitude accroupie, et en se relevant ne put plus les mouvoir. Elle avait une paralysie du péronier dont il reste encore des traces du côté droit. La jambe est atrophiée dans sa partie supérieure, le pied reste encore très en retard dans les mouvements d'excursion (paralysie de l'extenseur commun et du jambier antérieur). Il y a réaction partielle de dégénérescence à l'exploration électrique. Cette paralysie n'est pas encore bien connue.

En 1883, W. Jenker avait observé plusieurs cas de ce genre chez des paysans occupés à récolter des pommes de terre dans une position accroupie. Les années suivantes, Roth, Ott, Bernhardt, Remak et Hoffmann étudièrent cette affection, dont le mécanisme n'est pas encore élucidé. Kron, sur des cadavres, a mis les genoux en flexion forcée et a trouvé ensuite le nerf péronier ployé, mais pas au point de provoquer une paralysie grave. Mais une expérience sur le vivant explique le fait : en faisant plier le genou à une personne et en plaçant l'index dans le creux poplité, il devient très difficile de ramener au côté externe l'index qui se trouve retenu par le tendon du biceps fortement tendu. Le nerf péronier suit le bord interne des tendons jusqu'à la tête du péroné, en arrière de laquelle il se divise en une branche superficielle et une branche profonde qui entourent la tête du péroné avant de parvenir au côté antérieur de la jambe. C'est là le point où le nerf peut être comprimé contre le péroné par le muscle qui se contracte, au point d'en supprimer la fonction.

La paralysie n'est pas grave en général, mais dans ce cas on en voit encore des restes après deux ans. Pour prévenir cette paralysie, on peut conseiller à ceux qui travaillent dans la position accroupie de se soutenir avec une main de manière à éviter la flexion forcée du genou et la compression du nerf qui en résulte. Si les deux mains sont nécessaires au travail, il faut préférer l'attitude couchée. L'ouvrier devra suspendre son travail dès qu'il sentira des fourmillements et de l'engourdissement dans les pieds.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Concours pour le clinicat chirurgical.

Le concours pour le clinicat chirurgical, qui avait été fixé au 28 juin, est reporté au 25 octobre ; il sera pourvu, non pas à la nomination de deux chefs de clinique adjoints, mais à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — Se faire inscrire avant le 11 octobre 1897.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

Epreuve clinique : MM. Bouglé, 15; Banzet, 13; Longuet, 14; Guillemain, 19.

Concours de médecine.

MM. Macaigne, 18; Roubinowitch, 17; Soupault, 16; Laffitte, 18; Bruhl, 17; Beaumé, 16; J. Besançon, 18; Renault, 16; de Grandmaison, 18; Sallard, 17; Chrétien, 17; Veillon, 15; Lévi, 17.

Sont admis à prendre part à la deuxième épreuve les candidats ayant obtenu 18 points au minimum et parmi ceux ayant obtenu 17 points, MM. Bruhl, Triboulet, Méry, Legry.

VARIA

Réunion de l'Association française d'urologie en 1897.

La seconde session de l'Association française d'urologie aura lieu à Paris, à la Faculté de Médecine, du 21 au 23 octobre 1897.

Voici les deux questions qui ont été mises à l'ordre du jour et qui seront l'objet d'un rapport :

1° *Des opérations qui se pratiquent sur le testicule et ses annexes contre l'hypertrophie de la prostate ;*

2° *Des uréthrites non gonococciques.*

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 27 3 Juillet 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU**

TRAVAUX ORIGINAUX

Les déplacements de l'utérus en arrière (1).

Cette question, intéressante par ses nombreuses applications dans la clientèle médicale, était à l'ordre du jour de la septième réunion des gynécologues allemands. Les professeurs Schültze (d'Iéna) et Olshausen (de Berlin) ont exposé la question en qualité de membres rapporteurs. Nous lisons dans le *Münchener med. Woch.* un résumé succinct de leur dissertation qui nous paraît devoir intéresser nos lecteurs.

Voici d'abord les données essentielles du discours du professeur Schültze :

Définition. — On donne les noms de rétroversion et de rétroflexion de la matrice aux déviations de cet organe en arrière ; l'utérus est-il incliné dans son ensemble, il s'agit d'une rétroversion ; le col a-t-il conservé sa direction normale alors que la matrice est retombée en arrière, il s'agit d'une rétroflexion ; dans ce cas, on constate la présence d'une plicature, d'un angle rentrant au niveau de la naissance du col.

Enfin, on appelle rétrodéviation la position de l'utérus reporté en totalité en arrière. La rétrodéviation correspond à des cas très différents les uns des autres; il arrive, par exemple, que le col se trouve fixé très haut en arrière, et le corps fléchi en avant; en ce cas, on a rétrodéviation avec antéflexion.

Etiologie. — Les déplacements de l'utérus en arrière proviennent : 1° De ce que l'appareil ligamentaire suspenseur de cet organe ne remplit pas ses fonctions normales parce qu'il a été distendu; ce fait s'observe fréquemment pendant la grossesse et les couches à la suite de résorption d'exsudats dans le cul de sac de Douglas (paramétrite postérieure). La constipation habituelle avec distension du rectum peut suffire à produire le même phénomène. Il peut aussi s'observer chez les personnes qui ont gardé le lit pendant très longtemps; en ce cas, l'action de la la presse abdominale vient aider et fixer les effets de la pesanteur qui favorise la rétroversion;

2° De ce qu'une inflammation, une déchirure, une rétraction cicatricielle ont attiré et fixé le col en avant;

3° On encore de ce que le vagin n'a pas, on a perdu ses dimensions normales, comme cela se voit dans les cas d'atrophie puérile ou sénile ;

4° On les constate aussi dans les cas de déchirure complète ou même incomplète du périnée ;

5° Lorsque la vessie est habituellement remplie ;

6° Ou encore, ce qui est plus rare, lorsque le col est est anormalement long, lorsqu'une tumeur affecte la face antérieure de la matrice, lorsque les ovaires prolabés en arrière sont adhérents ou attaqués par un néoplasme.

Prophylaxie. — Les mesures prophylactiques à prendre se déduisent directement des conditions étio-

(1) Extrait de la *Gazette médicale de Liège*, n° 40, 1er juillet 1897.

logiques, c'est ainsi que la réplétion complète de la vessie doit être évitée et cela spécialement chez les enfants ; nous citons cet exemple en premier lieu parce que les conditions défavorable dont nous parlons se produisent constamment dans les écoles de filles où l'on défend couramment aux enfants de sortir de la classe pendant les heures de leçon.

Les infections catharrales des jeunes filles doivent être soignées avec attention, parce qu'elles amènent les poussées de paramétrite ; à ce point de vue, il est fort à recommander de leur apprendre à aseptiser les bandes dont elles font usage mensuellement.

Les déchirures qui se produisent après l'accouchement doivent être méthodiquement suturées, la constipation doit être combattue d'une façon efficace pendant les couches et si l'utérus tarde à reprendre ses dimensions normales, l'usage du seigle ergoté se trouve tout indiqué.

Diagnostic. — Le diagnostic doit se faire par la palpation bimanuelle, l'usage de la sonde utérine est inutile et même dangereux. S'il existe des complications, il est bon d'endormir la malade afin de pouvoir en reconnaître exactement la nature et l'étendue.

Traitement. — Le plus souvent, le traitement ne nécessite aucune opération. Il consiste dans la réduction bi-manuelle du déplacement et dans l'application d'un pessaire pour maintenir le résultat obtenu. Le pessaire, construit en matière légère, par exemple en celluloïde, aura une forme telle qu'il convient au cas particulier que l'on désire améliorer ; à cet effet, on choisira parmi les modèles proposés par Hodge, Thomas, etc.

En tout cas, cet instrument, bien appliqué, ne devra occasionner aucune gêne à la vulve, ni en sortir de lui-même. Il est bien entendu qu'on ne l'applique qu'à coup sûr, c'est-à-dire seulement lorsqu'on est certain d'avoir réduit le déplacement.

Il ne sera enlevé qu'une fois par mois, après les menstrues par mesure de propreté. En cas de grossesse, sa présence devient inutile après la dix-septième semaine.

Malgré la présence d'un pessaire, le médecin expérimenté veillera à ce qu'il n'y ait jamais distension du rectum à la suite de constipation, car cet instrument pourrait alors rester inefficace.

Mais, lorsqu'on cherche à réduire la matrice, il arrive fréquemment qu'elle résiste et que les brides cicatricielles la fixent dans la position vicieuse à laquelle on veut porter remède.

Dans ces circonstances, il faut préparer le terrain par le tamponnement répété du vagin, les bains et le massage utérin.

Lorsque, malgré toutes ces précautions, les adhérences résistent encore, il ne reste plus qu'à endormir la malade et à faire la réduction forcée.

Les affections concomitantes de la rétroflexion, telles que retard d'involution de l'utérie gravide, métrite, endométrite et oopborite, s'améliorent fortement lorsque la matrice se trouve reportée dans sa position normale, surtout si elles sont récentes. La dilatation utérine et le raclage ont souvent raison de ces mêmes affections si elles sont passées à l'état chronique.

Le professeur Olshausen a complété comme suit le savant exposé de son collègue :

Symptomatologie. — Lorsque les déplacements en arrière sont accompagnés d'affections des annexes, les symptômes provoqués par ces complications sont plus marqués et peuvent masquer complètement ceux de la déviation elle-même. Ceux-ci n'existent même pas forcément ; c'est ainsi que, dans la moitié des cas, on ne constate aucun symptôme particulier.

A côté des phénomènes locaux que provoque le déplacement de la matrice, il existe des phénomènes nerveux pouvant porter sur tous les organes ; ces actions à distance consistent en malaises et troubles variés qui peuvent, à l'occasion, simuler des maladies de ces organes eux-mêmes ; ce qui prouve le bien fondé de cette assertion, c'est ce fait que ces troubles guérissent et disparaissent complètement à la suite d'un traitement portant exclusivement sur la matrice.

Quant aux hémorrhagies, elles ne sont bien marquées que s'il existe en même temps une endométrite fongueuse. Cependant, la simple rétroflexion suffit pour provoquer des perturbations dans les périodes menstruelles ; celles-ci avancent et l'hémorrhagie est considérable.

La stérilité due aux rétroflexions est très rare et souvent quand elle existe elle provient plutôt d'une affection des annexes ou d'une métrite, mais par contre, l'avortement est fréquent. Lorsque la grossesse parvient à poursuivre son cours, elle agit d'une façon très favorable sur la position de la matrice : celle-ci se redresse, en effet, d'elle-même.

La dysménorrhée qui accompagne fréquemment la rétroversion provient plutôt d'une endométrite concomitante que du déplacement lui-même.

Traitement opératoire. — Il est bien entendu qu'a-

vant de songer à nne intervention quelconqne, il faut avoir épuisé toutes les ressources de la médecine courante.

Les opérations sont contre-indiquées chez les femmes qui atteignent le moment de la ménopanse, parce qne, à partir de ce moment, tous les troubles provenant de la rétroversion s'atténnent et cessent d'eux-mêmes.

L'opération *d'Alexander-Adam*, consistant dans le raccourcissement des ligaments ronds, est très efficace qnand ces ligaments sont bien marqués et que l'ntérns n'est pas fixé.

La ventro-fixation ou suture de la face antérieure de la matrice à la paroi abdominale est fort à conseiller dans des cas de rétroflexion fixée.

La *vagino-fixation* donne des résultats si l'utérus est mobile; afin d'éviter les accidents possibles, lors d'une grossesse subséquente, il faut suturer an vagin non pas la face antérienre en entier, mais seulement la partie inférieure.

Les dissertations de Schültze et de Olsbaüsen ne donnèrent lieu à aucune critique; les différents oratenrs qui demandérent la parole présentèrent en général des statistiqnes d'opérations. Le docteur Theilbaber, cependant, s'étendit sur la pathogénie des tronbles accompagnant la rétroflexion.

Ces troubles s'expliquent en général de trois façons différentes : certains antenrs venlent qne la plicatnre de l'utérus et des ligaments larges amène une stase veinense locale, cause de tont le mal. L'oratenr ne partage pas cette opinion; pour lui, la stase ne se prodnit jamais, parce que la torsion des vaisseaux n'est jamais très forte, parce que des voies collatérales larges et nombreuses rétabliraient immédiatement la circulation, et enfin, parce que si le fait était exact, on constaterait inévitablement, dans la majorité des cas, des varices et de la cyanose des organes visibles, ce qui est contraire à l'observation.

D'autres anteurs attribuent nne grande importance à la compression des nerfs et spécialement du plexus sacré par le corps utérin dévié en arrière; le docteur Theilhaber n'est pas de cet avis; il considère que la présence du rectum constitue un coussin suffisamment épais pour éviter tout froissement et toute irritation mécanique de ces nerfs.

Enfin, beaucoup de praticiens attribuent une grande importance aux phénomènes réflexes qui doivent avoir leur origine dans le petit bassin et retentir sur tout l'organisme; l'orateur, qui, décidément, fait preuve d'un esprit très sceptique, démontre que le nombre, autrefois très considérable de névralgies, paralysies et malaises de tont genre attribnés à des réflexes, tend singulièrement à diminner pour grossir l'histoire des phénomènes hystériques ou des tronbles de nature cérébrales.

D'ailleurs, les résultats du traitement de la rétroversion ne sont pas toujonrs bien brillants, nombreuses sont les observations de troubles qni devaient guérir par la rédnction de l'utérus en antéversion et qui ont parfaitement persisté; nombreux sont les désagréments qui, après avoir disparn, sont revenus qnelques mois après les opérations. Aussi, doit-on attribuer une part importante des guérisons obtenues dans les hôpitaux, non pas à tel ou tel mode de traitement, mais tout simplement au régime, c'est-à-dire au repos forcé du corps et de l'esprit, à la nourriture roborante, à l'absence de constipation et à la suggestion.

Enfin, comme conclnsion, Theilhaber déclare avoir renoncé à la médication orthopédique qui lui donnait des résultats douteux, et employer avec grand avantage le seul traitement symptomatique basé sur le régime et le repos.

Dr Bienfait.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Uretère surnuméraire ouvert dans la vulve et dans le vagin.

Par M. Albarran, chirurgien des hôpitaux.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans qni était atteinte d'incontinence d'urine depuis sa naissance. Constamment, jour et nuit, l'urine souillait la vnlve; en outre, la malade urinait par l'urètbre avec des intermittences comme une personne saine.

Il y a un an, j'examinai pour la première fois cette jeune fille. Au-dessous de l'nrètbre et en avant du vagin, on voyait plusieurs petites dépressions; deux d'entre elles correspondaient à de fins pertuis par lesquels perlaient quelques gouttes d'urine, mais ce liquide venait surtout du vagin et sortait par l'ouverture de l'hymen.

La paroi antérieure du vagin bombait à travers l'hymen simulant nn cystocèle. Dans la paroi antérieure dn vagin, à trois centimètres de la vnlve, se voyait un orifice très petit par leqnel s'écoulait l'urine d'une manière continue, mais plus abondamment par intervalles.

Le sphincter uréthral avait sa contractilité normale

et les injections colorées faites dans la vessie ne passaient pas par les ouvertures vulvaires et vaginales. L'examen cystostopique me fit voir que les deux uretères normaux se trouvaient à leur place dans la vessie; je constatai, en outre, qu'une fine bougie enfoncée à vingt centimètres de profondeur par la fistule vaginale ne pénétrait pas dans la vessie. Le cystoscope me permit aussitôt de constater qu'il n'y avait pas de cystocèle. Je diagnostiquai un uretère surnuméraire terminé par une petite poche inter-vésico-vaginale ouverte dans la vulve et dans le vagin. L'analyse de l'urine de l'incontinence me montra une diminution dans les chlorures, les phosphates et l'urée par rapport à l'urine vésicale.

Dès lors, je pouvais affirmer que le segment de rein correspondant à l'uretère surnuméraire était en état de rétention rénale, incomplète; qu'il existait une hydronéphrose ouverte.

L'abondante quantité d'urine qui s'écoulait par les fistules et sa valeur physiologique (8 grammes d'urée par litre) me firent rejeter d'emblée l'opération la plus simple, celle que Hostmann pratiqua dans un cas analogue : la ligature de l'uretère surnuméraire. Je résolus d'aboucher cet uretère dans la vessie.

Mon opération fut ainsi conduite : Taille hypogastrique transversale et cathétérisme des deux uretères vésicaux laissant en place les sondes. Incision vaginale en T; extirpation de la poche et section de l'uretère surnuméraire, au niveau de son embouchure vaginale. Incision de la paroi postérieure de la vessie, en arrière du trigone, et abouchement de l'uretère sectionné à ce niveau, en suturant au catgut les deux muqueuses vésicale et urétérale. Fermeture de la vessie et de la plaie hypogastrique; fermeture de la plaie vaginale par un double plan de sutures au catgut. Sonde à demeure.

Pendant six jours, tout marcha bien, mais le septième jour, l'urine recommença à couler par le vagin. Je constatai que deux points de la suture vaginale avaient laché. Je crois que si cette première opération ne réussit pas, c'est parce que j'avais eu tort de suturer le vagin avec du catgut qui se résorba trop tôt.

En avril 1897, je revis ma malade en parfaite santé, mais toujours avec sa repoussante infirmité. Je répétai les examens de l'année dernière et je constatai qu'il n'y avait plus de fistules vulvaires et que l'uretère surnuméraire s'ouvrait dans le vagin par un large orifice. La vessie ne communiquait toujours pas avec le vagin.

Le 2 mai 1897, je pratiquai l'opération suivante : Une sonde cannelée introduite par l'urèthre déprimant la paroi vésicale au niveau de la fistule vaginale, je fis sur la paroi antérieure du vagin une incision longitudinale qui passait par la fistule en l'agrandissant. Ecartement des lèvres de l'incision. Incision de la paroi antérieure de l'uretère et de toute l'épaisseur de la paroi vésicale correspondante. Suture des deux muqueuses uretérale et vésicale bordant toute cette incision. J'avais établi ainsi une large communication entre la vessie et l'uretère. Fermeture de la plaie et de la fistule vaginale par un double plan de sutures; le plan profond comprenant la face profonde des lambeaux vaginaux accolait l'incision de la paroi postérieure de l'uretère, le plan superficiel, au fil d'argent, accolait les deux bords de la muqueuse vaginale. Sonde à demeure retirée le vingtième jour.

Depuis l'opération, il ne s'est plus écoulé d'urine par le vagin et la cicatrisation s'est faite sans encombre. Ma malade est complètement guérie; ses urines sont aseptiques et elle peut retenir ses besoins comme une personne saine.

Les opérations pour uretère surnuméraire sont très rares; je n'en connais que quatre exécutées toutes par des procédés différents de ceux que j'ai employés. J'appellerai l'attention sur les utiles renseignements qui m'ont été fournis par le cystoscope et par le cathétérisme uretéral. J'ai pu, grâce à ces moyens, diagnostiquer avec précision l'existence de l'uretère surnuméraire et recueillir facilement l'urine sécrétée par le segment de rein correspondant.

(*Gazette des Hôpitaux*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 *juin*. — *Présidence de* M. Delens.

M. Reclus remet une observation de **M. Giis** (de Montpellier) ayant pour titre : Plaie de l'abdomen par arme à feu, traitement médical, guérison.

M. Lejars est nommé rapporteur.

Un cas d'entéropexie pour occlusion intestinale consécutive à une péritonite tuberculeuse ancienne.

RAPPORT

M. Périer. — M. Villemin nous a présenté l'observation d'une femme de vingt-quatre ans et demi, ayant eu une péritonite tuberculeuse dans son enfance. Le 11 octobre 1896, cette femme a été brusquement prise de douleurs

dans le ventre avec vomissements et suppression des selles. Le 17 octobre, elle a été admise d'urgence à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Larmoyez. Le 19, M. Villemin a été appelé, comme chirurgien de garde, pour l'opérer. Il a reconnu sans peine des accidents d'obstruction intestinale, accidents qui s'étaient aggravés considérablement depuis l'entrée de la malade, et il a procédé de suite à l'intervention.

Laparotomie médiane. Symphyse complète des anses grêles qui sont accolées et pour lesquelles toute tentative de déroulement est impraticable. On ne peut nulle part insinuer le doigt. Les anses sont distendues mais pen congestionnées. Il s'agissait tout simplement là d'accidents éloignés de la péritonite tuberculeuse.

M. Villemin a voulu rechercher ailleurs les causes de l'obstruction. Il a exploré la région cœcale, où il a rencontré une anse dilatée très congestionnée, tordue sur elle-même à la manière d'une boucle. Cette anse étant relevée se laissait facilement détordre par traction et l'on voyait alors les trois choses suivantes : d'abord l'anse rouge distendue de tout à l'heure; puis une portion d'intestin, longue de deux ou trois centimètres, dont le calibre était très réduit, gros comme le petit doigt à peu près, dont la coloration était blanche et l'aspect fibreux; puis, enfin, l'intestin apparaissait normal de calibre et de coloration. L'anse rouge, abandonnée à elle-même, reprenait sa position première, comme si elle avait été suspendue à son pédicule de torsion et attirée en haut par une rétraction cicatricielle.

M. Villemin, dans ces conditions, discuta rapidement toutes les interventions : résection d'intestin, entéro-anastomose. Il se demanda si le rétrécissement aperçu dans le court trajet que nous avons dit, aidé de la torsion de l'anse, n'était pas la seule cause de l'obstruction et s'il ne serait pas suffisant dès lors de combattre surtout la torsion de l'anse en s'opposant à son renversement et en la fixant à la paroi de l'abdomen.

Dans cette idée, il tira donc sur l'anse condée, la fixa au péritoine pariétal, ferma la plaie sans drainage et les suites de l'opération furent des plus simples. Les accidents cessèrent bientôt et la malade put quitter l'hôpital le 12 novembre.

M. Villemin rappelle dans son travail les observations publiées par MM. Pozzi, Peyrot, Hallé, Lejars, Roux (de Lausanne). Après de minutieuses recherches bibliographiques, il n'a pas découvert un seul cas d'entéropexie pour intestin condé ni de malades guéris dans des cas analogues, par cette opération.

Traitement des fractures de la rotule.

M. Poirier. — Je n'ai pas l'expérience du cerclage de la rotule; je n'ai jamais pratiqué cette opération. Mais je voudrais confirmer ce qu'a dit M. Peyrot à propos de la friabilité de la rotule.

Alors que j'écrivais mon traité d'anatomie, j'ai examiné un très grand nombre de rotules. J'ai fait alors cette remarque que je n'ai vue signalée nulle part, à savoir qu'il y avait non une rotule, mais des rotules. Tout d'abord, les rotules varient considérablement avec l'âge de l'individu. Elles peuvent augmenter de moitié. D'autre part, le tendon rotulien peut s'ossifier. D'autres fois, enfin, on rencontre des rotules qui sont malheureusement d'une friabilité excessive. Bref, dans ces derniers cas par exemple, il est évident que le cerclage doit rendre de plus grands services que la suture, laquelle est impossible. Il n'y a donc pas un procédé unique dans ce traitement des fractures de la rotule, et il faut tenir compte des conditions individuelles avant de choisir tel ou tel procédé.

M. Lucas-Championnière. — Je regrette que M. Berger ne soit pas encore arrivé. Je voulais lui dire qu'il est allé dans la critique qu'il a faite, l'autre jour, sur ma communication, beaucoup plus loin que je n'avais été moi-même.

C'est parce que j'ai l'habitude des fractures de la rotule que je me suis permis de trancher le débat. Mais je n'ai pas dit qu'il ne fallait jamais faire le cerclage. D'ailleurs, n'ai-je pas pris toutes les précautions nécessaires avant de poser mes conclusions? N'ai-je pas rapporté tous mes cas et s'en est-il trouvé un seul qui peut faire contester la supériorité de la nature? Donc, à la suture, il n'y a rien à reprocher. J'ai une série de cas trop longue pour qu'elle ne doive pas nous tenir lieu de *criterium*.

J'ai dit encore que le cerclage de la rotule n'était pas une opération nouvelle. Je ne crains pas de le répéter. Il y a des cas de fractures de la rotule où il est impossible de ne pas faire ce cerclage, car c'est la seule manière de réunir les fragments. Mais ce sont là de petits détails opératoires et non une nouveauté opératoire, restant donc bien loin derrière la suture osseuse qui demeure le mode d'intervention type.

J'avais critiqué aussi l'emploi des fils mous. Je les critique encore. Je répète que la principale utilité des fils, en pareil cas, c'est de servir d'attelles persistante et suffisante pour la contention des fragments. Sur ce point, nous sommes, je crois, bien absolument tous d'accord. Si ce fil vient à gêner le malade, ne sera-t-il pas toujours temps de le sortir?

Donc, la grande méthode, la seule méthode de traitement des fractures de la rotule, c'est la suture osseuse, le cerclage ne constitue qu'un pis-aller et non une méthode à part.

Un cas de mastopexie.

M. Pousson (de Bordeaux). — Une femme, venue me consulter récemment, dit qu'elle a une tumeur dans la mammelle gauche. Cette femme était très adipeuse; ses mammelles, très hypertrophiées, descendaient très bas,

jusqu'aux aines, et reposaient dans la station assise sur les cuisses. La malade se plaignait en outre de douleurs intolérables, empêchant le port du corset et ne lui permettant aucune occupation.

En raison des douleurs éprouvées et du poids énorme des mammelles, je proposai à la malade de faire une mastopexie double. Et voici comment j'opérai :

Je taillai, au-dessus de chaque mammelle, dans la région pectorale, un lambeau en croissant qui mesurait un bon travers de main dans sa partie la plus large. Je pris le soin de tailler ce lambeau de façon telle qu'il donnât finalement non pas une tranche de melon, mais une surface aussi large dans les parties profondes de la plaie que dans les parties superficielles. Je taillai ainsi jusqu'à l'aponévrose du grand pectoral et intéressai la partie supérieure de la glande. La glande fut alors fixée par trois fils à l'aponévrose du grand pectoral. Puis, suture à étages au catgut et réunion par première intention.

Depuis cette opération, la malade ne souffre plus et elle a retiré de grands avantages de mon intervention au point de vue esthétique, comme en témoignent les deux photographies que je présente :

Je crois que cette opération doit être faite dans bon nombre des cas de névralgie mammaire et aussi dans ces cas de mammelles très pendantes, à tel point qu'elles sont reliées et suspendues à la paroi par une sorte de pédicule aminci. Une femme me disait même, un jour, à ce sujet, « qu'elle avait la corde du sein cassée. » En pareil cas, l'esthétique de la femme y gagne et les douleurs cessent.

Traitement du cancer du rectum.

M. Richelot. — Je ne désire pas prendre la parole sur le fond de la question. Mais je voudrais, sans réclamer aucun droit de priorité en faveur de M. Auguste Reverdin, demander qu'il fut cependant compté au nombre des chirurgiens qui ont tenté de perfectionner, dans ces derniers temps, le traitement chirurgical du cancer du rectum. Il vient de nous apprendre, par la lettre qu'il a adressée à la Société, que sans avoir eu connaissance des travaux de M. Quénu, il avait eu les mêmes idées que lui, et en même temps que lui, sur le traitement du cancer du rectum. Sa bonne foi ne doit pas être mise en doute.

Il y a donc lieu de tenir compte de la lecture de sa lettre. Pour ma part, j'ai vu Auguste Reverdin l'au dernier, au mois d'août, à Genève ; il m'a fait part de ses idées. Il avait alors institué, déjà, en théorie, la thérapeutique chirurgicale du cancer. Mais il attendait de l'avoir appliquée pour la communiquer.

Je pense donc qu'il convient d'associer le nom de M. Auguste Reverdin à la liste de ceux qui ont participé à l'extirpation du rectum cancéreux comme une tumeur maligne.

M. Schwartz. — J'ai fait deux extirpations de rectums cancéreux par le procédé de mon ami Quénu. J'ai d'abord vu faire M. Quénu, lui-même, en l'assistant. Puis j'ai opéré un premier malade avec son assistance, puis le second tout seul.

Mon premier malade était un homme de 39 ans dont la limite supérieure du cancer était inaccessible avec le doigt et dont la tumeur adhérait à la prostate.

Dans un premier temps, j'ai fait un anus iliaque. Puis j'ai pu extirper quinze centimètres de rectum avec la moitié postérieure de la prostate, après résection du coccyx et d'une portion du sacrum et le bout supérieur de l'intestin a pu être abouché à la peau. Aujourd'hui, mon malade est en parfait état. Il a encore son anus iliaque qui, sans être continent, est cependant parfaitement réglé, c'en est même à un point que je me demande s'il est vraiment nécessaire que je le supprime.

Mon second malade est âgé de 53 ans. Il avait le cancer ampullaire décrit par Quénu, avec adhérence légère à la prostate. Ici, encore, l'extirpation a été facile, j'ai pu enlever douze centimètres d'intestin et mon malade va aussi bien que possible.

Ce qui me paraît être surtout fondamental dans le procédé de M. Quénu, c'est l'anus iliaque prémonitoire, puis la fermeture de l'anus qui transforme le rectum en une tumeur et prévient la septicémie si facile du pelvis par inoculation d'origine rectale.

Mes deux faits viennent donc confirmer la facilité de l'extirpation du rectum et les bons résultats que cette extirpation donne contre les phénomènes septicémiques.

M. Quénu. — M. Richelot réclame, non pas la priorité pour M. Reverdin, mais l'association du nom de M. Reverdin au nom de ceux qui ont publié les premiers travaux sur le même sujet. Mais je ne crois pas que cette association soit méritée. Nous ne pouvons juger des questions de ce genre que par les communications qui ont été faites par les travaux cliniques, leçons et enseignements divers qui émanent d'un auteur. Or, M. Reverdin n'a rien publié, tandis que, dès 1896, M. Gaudier (de Lille), M. Chalot, moi-même, puis Beckel, nous avons communiqué et publié sur la question.

Je suis heureux de voir que M. Schwartz met en doute l'utilité de supprimer l'anus iliaque chez son premier opéré. Je vous présenterai tout à l'heure le premier malade auquel j'ai fait l'extirpation totale du rectum, avec retournement du bout supérieur. Vous verrez qu'il a un anus iliaque parfaitement réglé et qui lui permet de travailler sans aucune gêne.

M. Poirier. — Je veux demander à M. Quénu un complément d'explications. Il nous a dit, je crois, que quand, dans le cours de son opération, il avait réséqué le pédicule de l'hémorrhoïdale moyenne et les ganglions qui le suivent, il était sûr d'avoir mis son malade à l'abri de la récidive du cancer. Je ne crois pas cela. Je ne crois

pas que l'on puisse atteindre tous les ganglions malades en pareil cas.

Autant je juge possible l'absence de récidive du cancer du sein après le curage de l'aisselle, autant je juge impossible le curage du pelvis dans l'extirpation du rectum cancéreux.

M. Quénu. — M. Poirier vient de faire le procès de tous les traitements opératoires des cancers. Je n'adopte pas les réserves qu'il ajoute pour le cancer du sein. Ici même, je pense tout le contraire de lui. Je pense que l'on a moins de chance d'enlever tous les ganglions malades dans le cancer du sein que dans le cancer du rectum. En effet, il faut compter avec les ganglions rétro-sternaux souvent atteints et qu'il est impossible d'aller sortir : à cause d'eux se font certaines récidives du cancer du sein contre lesquelles il n'y a rien à faire.

Je connais le trajet des lymphatiques, de la partie inférieure du rectum pour les avoir autrefois étudiés et avoir même présenté un mémoire à la Société Anatomique sur ce sujet. J'ai signalé le siège de leurs ganglions dans l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive. Ce sont eux que j'ai recommandé d'explorer depuis, en faisant l'anus iliaque.

Mais jamais je n'ai dit qu'un procédé quelconque d'extirpation du rectum cancéreux pouvait mettre à l'abri de la récidive.

M. Poirier. — M. Quénu ne répond pas à ma question. Je n'admets pas qu'il compare le rectum à la mammelle. Si le cancer de la mammelle se propage aux ganglions de la chaîne sternale, cela est rare. Ce sont les ganglions de l'aisselle qui sont les premiers pris et neuf fois sur dix les seuls pris. Enlevez-les donc. Ce sera suffisant.

Quant aux lymphatiques du rectum, je crois les connaître pour les avoir appris dans Mascagni, dont les planches sont très nettes et où on les voit remonter plus haut que ne le dit M. Quénu et hors de portée pour le chirurgien.

M. Quénu. — Dans mon mémoire sur les lymphatiques du rectum, j'ai cité la description de Mascagni en entier.

Présentations de malades.

CANCER DU RECTUM, ANUS ILIAQUE DÉFINITIF

M. Quénu présente le malade dont il a parlé tout à l'heure et qu'il a opéré le 14 novembre 1896, avec retournement du bout supérieur du rectum. Depuis le mois de mars, cet homme travaille à la gare d'Orléans sans aucune gêne et a repris de l'embonpoint.

Ce malade porte pour son anus un appareil envoyé par M. Saxtoff (de Copenhague). Cet appareil se compose d'un réservoir en caoutchouc, limité par un bourrelet creux dans lequel on peut insuffler de l'air.

PSEUDARTHROSE

M. Tillaux, au nom de ses deux élèves, **MM. Riche** et **Souligoux**, présente un malade qui a été opéré pour une pseudarthrose de l'humérus, à deux reprises différentes. La seconde de ces deux opérations seule a réussi. Elle a été pratiquée avec enchevillement des fragments, suture au fil d'argent et application sur l'humérus de périoste d'un fémur de chien. L'opération a donné un beau succès.

La radiographie montre, actuellement, chez ce malade, les traces de fils d'argent, mais ni chevilles, ni cal.

M. Quénu rappelle un cas de pseudarthrose guéri par lui, il y a trois ans, grâce à l'enchevillement avec un os de veau. Pour lui, l'enchevillement est un fait capital dans le traitement de la pseudarthrose.

M. Poirier. — Il est curieux de noter que, sur les épreuves radiographiques de M. Tillaux, on ne voit pas de traces de cal. Il y aurait là une cause d'erreur si l'on n'était averti et l'on jugerait être une pseudarthrose ce qui n'en est plus une.

M. Ricard. — Il faut savoir aussi que certaines pseudarthroses sont incurables, quel que soit le procédé que l'on emploie. Pour ma part, j'en ai vu deux exemples.

M. Lucas-Championnière. — Je suis de l'avis de M. Ricard et je trouve fort intéressante la conclusion de M. Poirier. A ce sujet, je puis dire que j'ai vu récemment un monsieur venir me consulter, épreuves radiographiques en main, pour une pseudarthrose qui n'existait pas.

Je n'attache aucune importance à l'enchevillement. Je me contente d'entourer les deux fragments d'une virole des fils.

FRACTURES DE LA ROTULE

M. Reynier présente un malade qui a été opéré par M. Lucas-Championnière, il y a dix ans. Ce résultat à longue échéance reste excellent.

CONTUSION DE L'ABDOMEN

M. Guinard présente un malade qu'il a laparotomisé après contusion par coup de pied de cheval. Il a trouvé la cavité péritonéale remplie de bile et de matières fécales. Il y avait deux plaies intestinales au voisinage du duodénum sur le jéjunum. L'intestin a été complètement examiné et le mésentère lavé avec des brocs d'eau bouillie très chaude. Drainage, injections considérables de sérum, guérison.

Présentations d'instruments.

M. Lucas-Championnière présente un nouvel amygdalotôme dû à M. Lambelin.

M. Villemin présente une éprouvette destinée à stériliser les sondes uréthrales par les vapeurs de formol et à les conserver ainsi stérilisées.

Présentations de pièces.

M. Tuffier présente une épiplocèle au centre de laquelle on a trouvé une aiguille, venue certainement là par voie digestive.

M. Picqué présente une pièce de gastroentérostomie pratiquée par le procédé de M. Souligoux. L'anastomose apparaît nette, souple, sans aucune sclérose.

JEAN PETIT.

REVUE DE CHIRURGIE

COU, CRANE, FACE

Indications de l'ostéotomie de l'os hyoïde.

A la Société de Chirurgie de Lyon séance du 17 juin, (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 50, p. 597, 1897).

M. Vallas précise les indications de l'ostéotomie de l'os hyoïde, opération pratiquée par lui pour la première fois en janvier 1896.

Le manuel opératoire est des plus simples, mais, après la section médiane de l'os hyoïde, deux voies peuvent être suivies, selon que l'opérateur a pour but le pharynx ou la base de la langue.

Pour le premier cas (pharyngotomie trans-hyoïdienne) il existe trois indications principales :

1° Les corps étrangers du pharynx et de l'œsophage, surtout de petit volume, tels que des épingles, etc.;

2° Les tumeurs de l'épiglotte seront plus facilement atteintes par le nouveau procédé que par la pharyngotomie sous-hyoïdienne de Malgaigne, qui n'a guère été exécutée qu'une trentaine de fois et qui a le double inconvénient de donner peu de jour et d'exposer à la section du laryngé supérieur ;

3° Les rétrécissements syphilitiques de la partie inférieure du pharynx. Bien qu'ils soient plus rares que ceux du pharynx supérieur, on les rencontre parfois cependant et M. Vallas en a opéré deux cas par la voie trans-hyoïdienne. Cette méthode est certainement supérieure aux anciennes interventions, qui consistaient dans la dilatation et la section des brides. De telles opérations, dangereuses parce qu'elles sont aveugles, ne mettent du reste pas à l'abri des récidives, comme M. Vallas a pu s'en convaincre dans un cas traité ultérieurement avec succès par la pharyngotomie trans-hyoïdienne.

Une question importante se pose : faut-il faire une trachéotomie préventive et placer une canule-tampon ? M. Vallas pense que l'on peut s'en passer pour les corps étrangers et les rétrécissements syphilitiques. Par contre, les tumeurs de l'épiglotte, donnant en général des hémorrhagies assez abondantes, semblent justifiables de la canule-tampon.

Pour le deuxième cas (interventions sur la langue) deux indications peuvent être posées :

1° Les tumeurs bénignes de la base de la langue. M. Vallas fit pour la première fois la pharyngotomie trans-hyoïdienne chez une jeune fille atteinte d'un kyste développé aux dépens du canal de Bochdalek (l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un goître). Une intervention antérieure, suivie de récidive, avait montré les difficultés extrêmes de la voie sus-hyoïdienne latérale ;

2° Le cancer lingual. Lorsque l'on doit enlever la langue au delà du foramen cæcum, les voies naturelles sont insuffisantes. La section de l'os hyoïde devra être précédée de la ligature des deux linguales qui assurera l'hémostase et permettra de plus le nettoyage du territoire lymphatique de la langue, les ganglions pouvant être enlevés par ces mêmes incisions. M. Vallas a déjà montré les avantages qu'offrent dans ce cas la section de l'os hyoïde sur l'ostéotomie du maxillaire inférieur.

La ligature des linguales dispense naturellement de la trachéotomie préventive.

M. Vallas fait remarquer en terminant que la consolidation de l'os hyoïde se fait en un mois environ, avec une légère déviation ; la courbure de l'os s'éloigne de la parabole normale et tend vers l'ellipse, les deux branches de l'os se rapprochant un peu en arrière. Aucun inconvénient n'en est résulté chez les opérés.

Traitement de l'exophtalmie sympathique par l'extrait de corps ciliaire.

M. Louis Dor rapporte les observations de deux malades atteints d'ophtalmie sympathique qui ont été notablement améliorés par l'instillation d'extrait de corps ciliaire de bœuf.

L'idée qui a guidé l'auteur est la suivante : l'ophtalmie sympathique est une maladie dans laquelle l'humeur aqueuse devient coagulable par suite du passage anormal du fibrinogène et de l'albumine du sérum sanguin dont cette humeur provient. C'est dans le protoplasma des cellules qui tapissent le corps ciliaire que se trouve la substance qui a la propriété de filtrer le sérum et de le dépouiller du fibrinogène. Si donc, on pouvait extraire cette substance des corps ciliaires d'animaux, peut-être pourrait-on espérer par l'instillation de l'extrait dans des yeux malades rendre à l'épithélium son rôle physiologique.

Le premier malade que M. L. Dor a traité, avec un extrait préparé par M. Jacquet, a fait l'objet d'une communication au Congrès d'ophtalmologie. Il s'agissait d'un homme énucléé de l'œil droit et soigné depuis un an pour une ophtalmie sympathique de l'œil gauche, tellement grave, que l'œil était devenu mou, absolument trouble, et que le malade ne pouvait plus du tout se conduire. Dans l'espace de trois mois la vision est revenue à

l'acuité 1/50e, ce qui permet au malade de se conduire assez bien; l'œil a repris sa forme et sa tension normale.

L'antre malade est nne femme atteinte, il y a dix-sept ans, d'opbtalmie sympathique, énucléée à ganche à ce moment et iridectomisée à droite et qni présentait depnis denx mois un réveil de phénomènes sympatbiques. En quinze jours, par l'extrait de corps ciliaire, l'acuité visuelle a passé de 0.1 à 0.6 et la malade a vu disparaître ses bronillards.

Il semble donc que l'on puisse espérer avoir déconvert le remède de l'ophtalmie sympathique.

(*Lyon méd.*, n° 26, p. 307, 1897.)

CHIRURGIE DES OS

Névralgies des os et ostéites névralgiques.

M. Le Dentu (*Presse méd.*, n° 50, p. 281, 1897) montre les différents aspects cliniques de l'ostéalgie.

D'après Gosselin, l'affection siège le plus commnnément sur l'extrémité snpérieure du tibia ou l'extrémité inférieure du fémur.

Il existe des formes *sine materiâ* où il faut mettre en avant certains états constitutionnels ou diathésiques, le rhumatisme peut-être.

Dans les formes accompagnées de lésions anatomiques, les différentes théories invoquées ne s'appliquent pas à tous les cas. La névrite, par exemple, ne saurait exister quand il n'y a pas d'ostéite pour étrangler les filets nerveux.

La prédisposition aux accidents nerveux est indispensable pour expliquer ces états doulonreux primitifs et uniques dans les cas de névralgies sans lésions. L'élément douleur reste toujonrs la caractéristique essentielle de la maladie. Et cette doulenr, dit M. Le Dentu, offre deux types, le type idiopathique et le type symptomatique.

Dans la forme idiopathique, il convient d'essayer d'abord le traitement général. Mais, dans tous les cas de doute et dans tous les cas de donleur symptomatique, il faudra recourir d'emblée à la trépanation large avec évidement de l'os.

Médication thyroïdienne dans les fractures avec retard de consolidation.

A la Société de Médecine de Lyon, séance dn 30 mai (*Méd. mod.*, n° 51, p. 406, 1897), **M. Poncet** a lu, an nom de M. Ganthier (de Charolles), nn mémoire intitulé : Médication thyroïdienne dans les fractures, avec retard de consolidation. Dans deux observations de fractures (fracture du tiers inférieur du tibia, fracture de la partie snpérienre du radius) avec absence de consolidation après plusieurs mois de traitement, la médication thyroïdienne amena promptement la formation d'un cal solide.

C'est la première fois que le traitement thyroïdien est employé dans le but d'activer la formation d'un cal retardé.

M. Lépine signale, à ce propos, l'observation d'nn malade porteur d'une myopathie chez qui le traitement tbyroïdien amena une guérison momentanée suivie d'une rechute. Un antenr allemand a signalé aussi nn cas analogne. Mais ce traitement n'est efficace que s'il est institué an début de la myopathie.

Volumineuse exostose ostéogénique de l'extrémité supérieure de l'humérus.

A la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, séance dn 30 avril, **M. Bégouin** a présenté un malade âgé de 13 ans qui présente nne tnmeur de l'extrémité supérienre dn bras droit dont le début remonte à cinq ans.

Cette tumeur est constituée par une masse bosselée, irrégulière, de consistance manifestement osseuse qui est implantée par une large base sur l'humérus formant autour de son extrémité supérieure comme un large collier bouclé onvert seulement en avant, an nivean de la gouttière bicipitale.

Les faces postérieure externe et interne de l'os sont enveloppées par la tumenr. Celle-ci, en haut, n'atteint pas l'articulation dont tous les mouvements sont libres; en bas, elle s'arrête un peu au-dessous de l'insertion deltoïdienne.

Les rayons de Rœntgen n'ont fait que confirmer ces données. Les muscles ont leur consistance et leur contractilité normales, mais le paquet vasculo-nerveux a été enlevé et on voit battre l'artère humérale sur la partie saillante de la tumeur en dedans. Il s'agit manifestement d'une exostose ostéogénique intéressante par son volume qui est considérable pour une tnmeur de ce genre.

Au point de vue du traitement, l'intervention ne s'imposera qne si la tnmeur augmente de volume et entrave les fonctions du membre.

(*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 50, p. 598, 1897.)

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Traitement chirurgical des péritonites infectieuses généralisées post-opératoires.

A la Société de Médecine de Lyon, séance du 14 jnin 1897 (V. *Lyon méd.*, n° 26, p. 302, 1897), **M Poncet** fait la communication suivante :

En octobre 1896, M. Rollet avait opéré, dans mon service, une femme de 32 ans, d'un kyste de l'ovaire. Le fond de la tnmeur s'était tronvé très adhérent aux anses intestinales, le chirurgien dnt en faire la marsupialisation, et une fistnle persistante en fut la suite. Six mois après cette première opération, je snis intervenu avec M. Rollet pour supprimer cette pocbe. Mais cette opération ne fut pas aseptique, car dès le lendemain apparurent des symptômes non douteux d'infection des plus graves

et de péritonite généralisée : absence de gaz par l'anus, douleurs, température, vomissements, pouls fréquent, filiforme à 140, facies grippé, etc. La situation empira rapidement et devint telle que je jugeai la malade perdue. Toutefois, je la fis rapporter sur la table d'opération et je pratiquai une laparotomie secondaire en faisant sauter toutes les sutures.

Les détails de l'observation montrent qu'à partir de ce moment les symptômes allèrent en s'améliorant. Plus tard, une collection purulente vint s'ouvrir dans le cul-de-sac postérieur du vagin et j'assurai un large drainage par cette voie. Aujourd'hui la malade est guérie.

L'infection s'est certainement produite par la poche kystique dont la membrane pyogène a dû être en rapport indirect avec le péritoine par les doigts ou les instruments de l'opérateur et des aides. En pareil cas, il serait prudent de procéder en deux temps et de pratiquer auparavant le curettage et la cautérisation de la poche kystique.

Dans le cas d'infection péritonéale post-opératoire, il n'y a donc pas à hésiter, et une laparotomie secondaire peut être la seule voie de salut qui reste au malade.

CHIRURGIE DU THORAX

Tumeurs du sein chez l'homme.

Nathan Jacobson (*Med. News*, 1897, n° 5 et *Rev. de Thérap.*, n° 12, p. 409, 1897) cite trois cas d'opérations pour des tumeurs du sein chez l'homme.

L'extraction fut toujours faite avec une grande quantité d'aponévroses et de tissus musculaires adhérents, ainsi que les glandes axillaires engorgées. Pour le premier cas, un *épithéliôme*, la survie fut de deux ans et trois mois; pour le deuxième, un *sarcôme*, de quatre années. Enfin la guérison complète suivit l'ablation de la troisième tumeur, qui était un fibro-adénôme. A ce propos, l'auteur se livre à une étude des particularités des tumeurs masculines du sein. Pour Schuchardt, dans les deux sexes, elles forment une proportion de 15 0/0 des tumeurs observées sur le corps humain. D'après 469 cas de tumeurs que cet auteur a pu réunir chez l'homme, celui-ci n'entre que pour 1 0/0 dans le chiffre précité. Les femmes y sont donc cent fois plus sujettes. Au sein, on le sait, les tumeurs malignes sont beaucoup plus fréquentes que les tumeurs bénignes (81.7 0/0 contre 18.3 0/0). Williams trouve 16 cancers chez l'homme contre 1,863 chez la femme. Il a noté 3 sarcômes masculins contre 92 féminins; les myxômes se rencontrent deux fois de part et d'autre. Le fibro-adénôme une seule fois chez l'homme, contre 372 fois chez la femme; les cystômes une fois chez l'homme, 63 fois chez la femme. Billroth n'a jamais vu ou entendu rapporter de cas de fibrôme, de cysto-sarcôme ou d'adénôme chez le mâle, mais il accuse 7 carcinômes, contre 245 chez la femme.

Les cas de tumeur maligne chez le mâle surviennent vers la trentaine sont la grande exception. Il ressort bien nettement de l'étude des cas que ces néoplasmes se développent en moyenne chez l'homme *plus tard* que chez la femme, rarement avant la cinquantième année. L'évolution est la même chez les deux sexes; mais il est à remarquer que la glande mammaire de l'homme étant plus réduite, la tumeur est aperçue plus tôt et le traitement opératoire se montre plus efficace. Souvent la tumeur se développe consécutivement à ces lésions eczémateuses que l'on nomme « Maladie de Paget ». Contrairement à l'opinion de Billroth, Kœnig dit que l'épithélioma est fréquent chez les hommes âgés. Un point sur lequel on s'accorde mieux consiste à reconnaître la rareté du fibro-adénôme masculin et la plus grande fréquence du *sarcôme* chez l'homme que chez la femme, ainsi que sa marche lente chez les sujets âgés. La thérapeutique ne doit pas ici varier; ces néoplasmes doivent être enlevés d'une manière aussi précoce que large.

CHIRURGIE DE LA PEAU

Greffe italienne et greffe de Thiersch.

M. Reclus, dans une clinique récente (V. *Journ. des Prat.*, n° 26, p. 401, 1897), donne la technique de la greffe de Thiersch et les indications de la greffe italienne et de la greffe de Thiersch :

La technique de cette greffe est des plus simples. On commence par extirper la membrane granuleuse de l'ulcère. Certains ont recours au rasoir, nous préférons la curette qui enlève tous les bourgeons charnus et ne s'arrête qu'en tissu sain; non seulement on détruit un sol peu propice au transplant de la greffe, mais encore on fait disparaître une surface suppurante, par conséquent infectée et plutôt dangereuse pour la réunion immédiate. Un troisième avantage, réel, mais sur lequel, néanmoins, Thiersch nous paraît trop insister, c'est que, en enlevant les bourgeons charnus, on supprime du même coup la possibilité de rupture de leurs vaisseaux embryonnaires et ces hémorrhagies si fréquentes qui, dans l'ancienne greffe, soulevaient des lambeaux et empêchaient leur coalescence avec le fond de l'ulcère. Quoi qu'il en soit, le fond de l'ulcère, les bords eux-mêmes seront avivés avec le plus grand soin et, lorsqu'il ne restera plus trace de bourgeons charnus, on asséchera les parties cruentées en les comprimant pendant un temps suffisant sous un tampon aseptique.

Pendant que dure cette compression hémostatique, on taille les lambeaux de la greffe. Un aide saisit les faces latérales et postérieures de la cuisse de façon à tendre la peau de la face antérieure, que le chirurgien, avec un grand rasoir plat, entame franchement dans la moitié de son épaisseur environ. Il avance dans le même plan de clivage, par un rapide mouvement de va-et-vient, en

archet. Si la greffe est bien taillée, un ruban d'une largeur constante de un ou deux centimètres, finement dentelé, blanc rosé, se ramasse par plis réguliers sur la lame et on l'arrache à la longueur convenable en relevant d'un coup net le tranchant appuyé sur le pouce; avec l'habitude, on arrive à tailler des lanières de quinze à vingt-cinq centimètres avec lesquelles on va recouvrir la perte de substance de la brûlure ou de l'ulcère.

C'est une manœuvre assez délicate; elle réclame de la patience, mais elle n'est nullement difficile. On apporte, sur l'ulcère le rasoir chargé de son ruban de peau et, avec de longues aiguilles, on attire sur la perte de substance l'extrémité inférieure de ce ruban que l'on étale de façon à ce que sa surface cruente s'appuie sur la surface cruente de l'ulcère. L'important est que les bords de la greffe ne se recouvrent pas. Un procédé très simple, employé par Thiersch, consiste à fixer par une sonde cannelée le bout du lambeau sur la marge même de la plaie, puis à éloigner le rasoir en sens inverse; la lanière se déploie et s'applique sur l'ulcère; on met ainsi côte à côte les bandelettes qui doivent déborder les marges de la plaie et être non seulement tangentes, mais se recouvrir même par un mince liseré. L'aiguille rectifie les bords et corrige les plissements; les rognures comblent les angles et font le remplissage. Il est en effet indispensable que la surface totale de la perte de substance soit recouverte par la greffe : un chiffonné de gaze aseptique, des lames de ouate hydrophile méthodiquement comprimée par des tours de bande, maintiendront les lambeaux dermo-épidermiques sur la perte de substance. Ce pansement restera en place au moins huit jours, et, au bout de quinze, la cicatrice sera solide.

Mais l'une et l'autre des méthodes auront leurs indications : lorsqu'il s'agit d'un ulcère petit, entouré de tissus bien nourris, il est vraiment inutile d'employer la greffe italienne, d'une technique beaucoup plus délicate pour le chirurgien et surtout pénible à supporter pour le malade. La greffe de Thiersch nous est alors une ressource vraiment suffisante. Mais, lorsque l'ulcère s'est creusé en tissus débiles, à nutrition insuffisante, surtout lorsque la perte de substances est considérable et siège en des points où un tégument solide est nécessaire, il faudra recourir, non à la méthode italienne seule, mais à la combinaison de la greffe italienne et de la greffe de Thiersch. C'est là une pratique que je défends déjà depuis quelques années devant mes collègues de la Société de Chirurgie.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Adénite inguinale suppurée à gonocoques.

Haustein, d'après l'analyse de la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, rapporte trois cas d'adénite suppurée au cours de la blennorrhagie où l'examen bactériologique du pus montra la présence de gonocoques.

Dans le premier cas où l'abcès fut ouvert au bistouri, l'ensemencement du pus donna naissance à une culture pure de gonocoques typiques qui, transportée sur l'urèthre sain d'un homme, provoqua une blennorrhagie caractéristique.

Dans les deux autres cas, où l'abcès s'ouvrit spontanément, l'examen du pus recueilli dans le trajet fistuleux montra la présence des gonocoques et des streptocoques. L'ensemencement du pus sur le milieu de Wertheim, fait dans un de ces cas a échoué.

(*Archiv. für Dermatol. und Syphiligr.*, 1897, vol. XXXVIII et *Indépend. méd.*, n° 25, 1897.)

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Contribution à l'étude de l'infection de la vessie.

A la Société de Médecine interne de Berlin. **M. Posner** (*Méd. mod.*, n° 48, p. 382, 1897) a rappelé que la vessie est la seule cavité corporelle, non fermée à l'extérieur, qui ne contienne pas de microorganismes; on n'en trouve que dans les inflammations de la vessie. C'est cette circonstance qui a conduit à étudier les voies suivies par la migration des germes pathogènes.

Il y a deux ans, Posner a montré que le coli-bacille peut pénétrer de l'intestin dans la vessie par la circulation. Plus récemment, les gynécologues ont établi la migration directe du bacille à travers la paroi vésicale. La propagation par l'urèthre a un grand intérêt pratique.

Le bacille peut être introduit par un cathéter malpropre; le cathéter stérilisé peut refouler dans la vessie les microorganismes qu'il rencontre dans l'urèthre; la migration peut se faire spontanément si le sphincter vésical est paralysé.

Posner et Frank ont dirigé surtout leur attention sur le premier point et ont trouvé que le danger d'infection est encore très grand, même lorsque l'instrument est désinfecté (acide phénique, lysol), car on trouve toujours sur le cathéter des bactéries pathogènes. Il faut donc pratiquer une asepsie absolue.

LES LIVRES

Sociétés d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois

Contribution au traitement des fractures du maxillaire inférieur, par le Dr Camille Leblanc, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de Médecine.

Sous ce titre modeste, l'auteur apporte un précieux appoint à cette partie de la thérapeutique chirurgicale.

Les fractures du maxillaire inférieur, surtout des frac-

tures doubles, sont d'une contention extrêmement difficile. Innombrables sont les appareils que l'ingéniosité des chirurgiens a créés pour leur traitement. Parmi ces appareils, les uns sont simples, mais inefficaces; les autres maintiennent la fracture réduite, mais leur construction complexe n'est point accessible au praticien.

Le Dr Leblanc a eu l'idée de se servir du maxillaire supérieur comme d'une attelle immuable à laquelle il suspend les fragments mobiles du maxillaire inférieur.

La méthode est simple; elle est efficace; son application n'exige pas l'anesthésie; elle ne se complique d'appareils ni intra, ni extra-bucausse. Elle permettra désormais au praticien livré à ses seules ressources, de traiter efficacement les fractures les plus difficiles du maxillaire inférieur.

FORMULAIRE DES SPÉCIALITÉS

Alimentation des phtisiques.

Cette question de l'alimentation des phtisiques est intéressante au premier chef. C'est, d'ailleurs, sur ce point que se sont portés tous les systèmes de traitement antituberculeux, et, à ce sujet, on ne saurait trop mettre en relief le rôle et la valeur thérapeutique de l'alcool. Il retarde la désassimilation; c'est un aliment d'épargne, un agent de nutrition indirecte.

Les méfaits dont on accuse, à juste raison, les alcools et eaux-de-vie, le plus souvent impurs du commerce, ne doivent pas avoir pour conséquence de priver les malades des bons effets de l'alcool pur, c'est-à-dire l'alcool éthylique, séparé des alcools que l'on a reconnus toxiques. D'ailleurs, on se donnera toute garantie en recourant à une préparation alcoolique comme l'Elixir alimentaire Ducro qui a fait ses preuves depuis longtemps et dont le cachet donne toute tranquillité sur la qualité de l'alcool qui entre dans sa composition. Préparé avec l'eau-de-vie, la viande et les écorces d'oranges amères, l'Elixir alimentaire Ducro est conforme à la médication (viande et alcool) préconisée par le *professeur Fuster*, de la Faculté de Montpellier, dans le traitement des maladies de poitrine. Les écorces d'oranges amères jouent ici le rôle d'eupeptiques et donnent un goût agréable à la préparation. C'est un tonique précieux, utile dans toutes les affections, dans toutes les cachexies.

L'huile de foie de morue dégoute souvent les malades et est souvent mal tolérée. Il en est tout autrement de l'Elixir alimentaire Ducro qui est pris avec plaisir même par les malades ayant le plus de répugnance pour les aliments. L'Elixir Ducro se donne par cuillerée à café ou à bouche; par verre à liqueur ou à madère selon l'âge et la force du sujet. S'il paraît un peu fort, on le fait prendre mélangé à du bouillon, du thé ou de la tisane. Ces doses sont laissées à l'appréciation du médecin.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Exercices de dissection.

Les étudiants de 2e année de dissection sont appelés et classés dans les pavillons de la Faculté et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection.

Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris, en juillet 1897, à la Faculté de médecine de Paris, la 8e inscription (ancien régime d'études : 1878) ou la 4e inscription (nouveau régime d'études : 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 15 octobre 1897, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres, ou qui auraient pris la 8e ou la 4e inscription dans une Faculté ou Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre).

Le classement aura lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, à 9 heures du matin, le 29 octobre 1897.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 octobre.

(Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.)

Les étudiants de 1re année de dissection seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription.

Ceux d'entre eux qui appartiendraient à l'ancien régime d'études, demanderont, par écrit, leur inscription, après avoir pris la 5e inscription.

Les étudiants, appelés sous les drapeaux en 1897-98, sont priés d'en informer le doyen aussitôt que possible.

Concours pour le prosectorat.

Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Savariaud et Gosset.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

MM. Péraire, 15; Jayle, 15; Michon, 17; Delbet, 17; Auvray, 18.

Concours de médecine.

Epreuve clinique : MM. Parmentier, 20; Souques, 18; Caussade, 20; Aviragnet, 20; Boix, 16; Thiroloix, 18; Dufour, 20; Bruhl, 18; J. Besançon, 16; Triboulet, 18; Belin 20; Legry, 19.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. ROUSSEAU.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU**.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'ostéoplastie appliquée à l'occlusion des cavités osseuses accidentelles et en particulier des cavités laissées par les larges évidements des os (1).

Par M. Ollier.

Rien n'est si difficile que d'obtenir la réparation et l'occlusion définitive des larges et profondes cavités, creusées dans les os par l'évidement de leur tissu spongieux. Quand on a été obligé d'enlever tout ce tissu spongieux infiltré de pus ou de fongosités, et de ne laisser qu'une mince couche compacte à la périphérie, la guérison spontanée est très lente et, dans certains cas, impossible. Les parois osseuses ne peuvent se rapprocher à cause de leur résistance et de leur défaut de rétractilité.

(1) Extrait de la *Revue de Chirurgie*, n° 4, 10 avril 1897.

Il faut alors, si l'on veut obtenir une cicatrisation rapide et stable, mobiliser une de ces parois pour lui permettre de se rapprocher de la paroi opposée et de combler la cavité.

J'ai depuis longtemps indiqué les moyens d'arriver à ce but. Ils sont au nombre de deux principaux : 1° On mobilise une des parois osseuses, en la désossant, en la réduisant à son périoste, qui, grâce à sa souplesse, peut s'enfoncer dans la cavité et venir au contact de la paroi opposée; 2° On peut aussi mobiliser la paroi tout entière, os et périoste. Pour cela, on la découpe en un volet mobile, laissé adhérent aux parties molles et à la peau, quand la disposition de la région le permet. Ce volet, isolé du reste de l'os par des incisions et des sections appropriées, devient mobile et peut être fixé à la paroi opposée. La cavité sera ainsi comblée et la forme de l'os à peu près rétablie. On peut encore combler la cavité par des lambeaux osseux qu'on prend sur les parties situées au-dessus et au-dessous et qu'on fait glisser jusqu'au niveau de l'espace à remplir.

Ce sont là des opérations ostéoplastiques dont il y aurait peut être quelque utilité à rappeler ici les principes généraux, à cause de la variété des conditions dans lesquelles on peut les appliquer; mais comme je n'aurais pas grand chose à ajouter à ce que j'ai fait connaître dans le *Traité de la régénération des os* (1) et plus récemment dans le *Traité des résections* (2), en exposant les principales applications de cette méthode opératoire, je me permets d'y renvoyer le lecteur qui voudrait remonter aux sources.

Je dois seulement, pour éviter toute confusion, séparer immédiatement de l'ostéoplastie certaines opérations qu'on décrit sous le qualificatif d'ostéoplas-

(1) T. II, chap. xiv et xv, *De l'ostéoplastie en général et de ses différentes espèces; principes physiologiques et règles générales.*

(2) T. I, *Des résections ostéoplastiques*, p. 566 et suiv.; et t. III, chap. xxi et xxvii.

tiques et qui consistent dans l'éloignement momentané d'un fragment d'os sain, comme temps préliminaire d'une opération d'ordre différent, pour aller à la recherche d'une tumeur ou d'une collection profonde, par exemple, et ensuite dans le replacement du lambeau osseux à sa place normale, une fois la tumeur enlevée. Ces opérations, dites abusivement ostéoplastiques, ne sont que des *ostéotomies préliminaires* ou *résections temporaires* (selon l'expression proposée il y a longtemps déjà par E. Bœckel) et ne constituent pas plus des opérations plastiques que les diverses incisions de la peau qu'on fait pour découvrir et attaquer un organe profond, et qu'on réunit ensuite par la suture quand l'opération principale est terminée. Le simple rapprochement des parties, que le chirurgien vient de diviser, ne peut pas être rangé dans la classe des opérations anaplastiques.

Les opérations qui méritent le nom d'*ostéoplasties*, sont celles qui ont pour but de rétablir ou de modifier, au moyen de lambeaux osseux ou ossifiables, la forme ou les rapports d'un os primitivement altéré, que la cause de la lésion soit congénitale, pathologique ou accidentelle. Cette ostéoplastie vraie comprend deux méthodes visant un but unique, mais par des moyens différents : l'*ostéoplastie directe* ou *osseuse*, opération dans laquelle on se sert, pour réparer le déficit du squelette, de lambeaux osseux proprement dits et l'*ostéoplastie indirecte* ou *périostique*, dans laquelle on a recours à des lambeaux qui ne sont pas encore osseux, mais qui sont appelés à le devenir par un processus physiologique qu'ils subiront plus tard, c'est-à-dire à des lambeaux de périoste ou de parties molles doublées de périoste qui donneront lieu, au bout d'un certain temps, à la formation d'une masse osseuse plus ou moins abondante.

Ces préliminaires posés, il m'est facile de limiter mon sujet et d'éviter toute fausse interprétation des faits que je vais exposer.

Un mot d'historique sur la question pour rappeler les travaux des chirurgiens qui, partis de l'idée que j'avais depuis longtemps émise ont, dans ces derniers temps, proposé des procédés pour oblitérer les cavités osseuses par l'ostéoplastie.

C'est en 1866 (1) que j'ai pour la première fois proposé l'ablation d'une des parois des cavités osseuses résultant de l'évidement des os, pour amener l'oblitération de la cavité, la rigidité des parois osseuses s'opposant à ce rapprochement. J'y suis revenu à plusieurs reprises dans le *Traité des résections* et j'ai exprimé l'idée par cette formule : *remplacer une des parois fixes et indépressibles par une paroi souple et mobile* (t. I, p. 376). Jusque-là, je sacrifiais la couche osseuse et je ne conservais que le périoste ou l'enveloppe souple de l'os avec les plaques osseuses ou ostéoïdes de nouvelle formation qui le doublaient souvent. Ce n'est que plus tard (t. III, p. 472) que je proposai formellement un volet osseux méthodiquement taillé, ostéo-cutané autant que possible, qui, mobilisé par des incisions appropriées, pourrait se rapprocher de la paroi opposée. Lücke avait déjà repoussé, dans la cavité, des fragments d'os détachés avec le ciseau. Schulten, en 1892, fit une opération régulière en mobilisant les deux parois de la cavité et formant deux volets latéraux qu'on pouvait rapprocher l'un de l'autre (1). Il pratiqua sept fois cette opération sur le tibia. En février 1894, Jaboulay recommanda le lambeau ostéo-cutané pour oblitérer les vastes pertes de substance du tibia à la suite de l'évidement et cita deux cas de succès obtenus par ce procédé (2). Ces deux opérations ont été relatées dans une thèse de Lyon (3). Je ne parle pas ici de l'opération que Bier a décrite sous le nom de *nécrotomie ostéoplastique* (4). J'ai dit pourquoi on ne pouvait pas la considérer comme une ostéoplastie, je l'examinerai plus loin au point de vue de sa valeur clinique : mon but dans ce travail est d'indiquer et d'apprécier la valeur des divers procédés ostéoplastiques propres à combler les cavités osseuses existant déjà depuis un temps plus ou moins long, et d'une manière générale applicables à la réparation des pertes de substances centrales de l'os. Quelques considérations de physiologie pathologique me paraissent indispensables pour se rendre bien compte de la valeur de ces procédés et en déterminer les indications.

A. — *Du mode d'oblitération des cavités intra-osseuses. Faiblesse de la rétraction concentrique de la paroi; insuffisance de la rétraction inodulaire des granulations cavitaires. Augmentation de la résistance de la paroi par l'ossification des couches sous-périostiques après l'évidement de l'os.*

(1) *Traité de régénération des os*, t. II, p. 62.

(1) *Jahresbericht* de Hirsch-Virchow pour 1894 et *Finska Läkaresällskapets Handlingar*, 1894, n° 5, Helsingfors.

(2) *Archives provinciales de Chirurgie*, février 1894.

(3) Breuil : Thèse de Lyon, 5 janvier 1894, *De la réparation des cavités osseuses post-opératoires*.

(4) *Archiv für klinische Chirurgie*, 1892. *Osteoplastische Necrotomie nebst Bemerkungen über die an der Kieler chirurg. Klin. ausgeführten Methoden der Necrotomie.*

Facilité de la réparation naturelle après les simples trépanations et les ouvertures étroites de l'os. Utilité des larges ouvertures et des profonds évidements pour arriver à la cure radicale de l'ostéomyélite diffuse. Difficulté plus grande de la cicatrisation après les évidements pour lésions tuberculeuses. Atonie des végétations intra-cavitaires. Insuccès des moyens usuels, insuffisance fréquente de l'autoplastie cutanée. Indications opératoires résultant de la constitution de la cavité. Suppression ou mobilisation d'une des parois de la cavité. Lésions diverses auxquelles ces opérations sont applicables.

Une cavité osseuse creusée dans le tissu spongieux ne peut se combler que par les granulations qui proviennent de la moelle contenue dans les aréoles de la paroi ou dans les canaux de Havers de la substance compacte, dans les cas où l'évidement a été poussée jusqu'à elle. Ces granulations, se développant régulièrement, peuvent arriver bientôt jusqu'au niveau de l'ouverture, si la cavité est peu profonde. Elles durcissent, se transforment en un tissu scléreux qui prend bientôt une consistance cartilagineuse, et à la longue s'ossifient. Mais si l'excavation est profonde, la végétation des granulations n'est pas suffisante pour la combler; les couches de la masse granuleuse subissent bien profondément le processus scléreux que nous venons d'indiquer, mais elles restent molles à la surface, ont de la peine à atteindre le niveau de l'ouverture et sont alors exposées aux altérations qu'amènent la déclivité, la stase sanguine, le frottement des corps étrangers (si le malade veut marcher et se servir de son membre) et subissent bientôt alors un processus ulcératif.

Ce tissu de granulations, en se condensant se rétracte, comme toutes les cicatrices en formation, mais sa puissance de rétraction n'est pas suffisante pour faire céder la résistance des parois osseuses. Elle n'est pas sans action cependant, et sur une paroi mince, parcheminée, elle exerce une traction concentrique incontestable. Lorsque la cavité est grande, dépasse trois centimètres de diamètre, cette action inodulaire est tout à fait insuffisante, ou du moins elle ne s'exerce au bout d'un temps très long, si toutefois elle finit par devenir appréciable.

Les parois osseuses sont non seulement attirées vers le centre par la rétraction inodulaire intra-cavitaire, mais elles sont repoussées dans ce sens par la pression des parties molles extérieures, par la contraction des muscles dans certaines régions. Mais ces deux actions sont souvent annihilées par le renforcement des parois osseuses dû à l'addition de couches sous-périostiques nouvelles. Chez certains sujets jeunes et plastiques, l'os s'épaissit à ce niveau au point d'acquérir une grande résistance et de continuer à croître en épaisseur alors qu'on aurait besoin qu'il s'assouplit et rentrât en dedans.

Les cavités naturelles privées de leur contenu (la cavité orbitaire après l'ablation de l'œil) diminuent à la longue d'une manière sensible, mais ce processus est très lent. Il n'y a que les petites cavités, limitées par des parois minces, comme les alvéoles dentaires qui s'oblitèrent rapidement, et ici la pression extérieure dans les diverses fonctions buccales qui joue un rôle des plus importants. Aux causes de rétraction que je viens d'énumérer, il faut encore ajouter l'atrophie interstitielle qu'éprouvent les tissus privés des conditions habituelles de leur activité physiologique.

Mais tous ces éléments de réparation, dont il faut tenir compte sans doute dans l'analyse d'un processus physiologique, n'ont pas en réalité une importance suffisante pour l'oblitération des grandes cavités intra-osseuses; ils n'agissent jamais que très lentement; or le temps a une valeur très grande lorsqu'il s'agit d'obtenir la cicatrisation d'une plaie qui condamne le malade au lit et l'empêche de mener une vie active, après l'évidement du calcanéum ou du tibia, par exemple.

Les petites plaies, celles qui sont faites par une couronne du trépan ou qui sont étroites *quoique longues*, se réparent beaucoup plus facilement : le périoste de leurs bords, et celui qui recouvrait la portion d'os sacrifiée pour faire la brèche, joignent leurs expansions aux granulations médullaires, et celles de la peau aidant, la cicatrisation s'obtient assez rapidement surtout après les ostéomyélites, qui ont été suivies de processus plastiques énergiques à la périphérie et à l'intérieur de l'os.

Ces quelques considérations de physiologie pathologique m'ont paru indispensables pour bien faire comprendre la nécessité des opérations que je vais décrire et dont l'indication me paraît devoir être plus fréquente que par le passé, si l'on adopte, pour la cure des ostéomyélites diffuses, les larges évidements que je recommande particulièrement pour en obtenir la guérison définitive et éviter les récidives désespérantes qui sont la conséquence des opérations trop économiques.

Ce que nous allons dire au point de vue clinique

s'applique surtout aux ostéomyélites du membre inférieur, et du tibia en particulier, cet os étant par sa situation superficielle dans les conditions les moins favorables pour l'oblitération spontanée des vastes cavités creusées dans sa substance, et la présence de ces cavités suppurantes condamnant longtemps le malade au repos horizontal et à l'inactivité.

C'est au tibia, du reste, que nous avons le plus souvent été obligé de pratiquer ces larges et profonds évidements pour enlever des séquestres multiples et profonds et extirper tous les reliquats de ces ostéomyélites diffuses qui altèrent l'os dans toute sa substance interne et surtout au niveau des renflements juxta-épiphysaires où l'on trouve souvent réunies toutes les formes de l'inflammation médullaire. Les lésions sont tellement diffuses, tellement profondes dans certains cas, qu'il faut faire de très larges brèches au niveau de la paroi antéro-interne pour se donner du jour et aller fouiller tous les recoins de l'os hyperostosé.

C'est toujours l'étendue et la diffusion des lésions qui commandent la profondeur de l'excavation opératoire. Si l'on peut se borner à quelques couronnes de trépans échelonnées le long de l'os ou à une tranchée étroite, on aura sans doute des cicatrisations beaucoup plus faciles et plus rapides, et je me hâte d'ajouter que cette conduite, relativement économique, suffira dans l'immense majorité des ostéomyélites. Mais en limitant ainsi ces ouvertures d'accès, on est exposé, *dans les formes que nous avons en vue*, à laisser persister des points osseux malades, et la suppuration continuera ou reparaîtra bientôt. Pour bien guérir ces ostéomyélites diffuses, passées à l'état chronique, ces ostéomyélites à foyers disséminés et profonds qui ont altéré d'une manière insidieuse et latente toute l'épaisseur de l'os (moelle et tissu spongieux), il faut creuser hardiment l'os et le réduire en certains points à sa couche compacte. C'est alors qu'on détermine ces excavations profondes que les granulations médullaires ne pourront combler que très difficilement et même jamais. Si elles arrivent au niveau de la circonférence, l'épidermisation du fond de la plaie ne pourra s'accomplir qu'imparfaitement, malgré les expansions des bords cutanés; elle ne s'accomplira pas, du moins, d'une manière définitive et stable. Dès que la malade mettra le pied à terre, dès que la plaie subira le moindre frottement, la pellicule disparaîtra épidermique et l'ulcération détruira les couches superficielles des granulations incomplètement organisées. Elle les creusera et les détruira quelquefois profondément en peu de jours, car, même dans les cas favorables, l'ossification de ces granulations médullaires est lente à accomplir.

Cette plaie suppurera à peine sans doute; elle ne donnera pas lieu à l'écoulement purulent qui avait pour origine les foyers profonds de la moelle altérée ou les cavités séquestrales; mais si elle ne suppure plus abondamment, elle suinte toujours et d'une manière continue. Or, rien de si incommode que cet écoulement permanent qui augmente à la moindre fatigue et qui peut être le point de départ d'accidents septiques (érysipèle, angéioleucite) si la plaie est mal protégée. Il se forme alors un ulcère chronique qui peut, au bout de quelques années, donner lieu à des accidents plus graves. La dégénérescence épithéliale s'observe assez souvent sur ces vieux trajets ossifluents, et nous avons été fréquemment dans la nécessité d'amputer la cuisse à des malades qui avaient porté pendant trente ou quarante ans cet excrétoire involontaire et permanent.

Le tableau que je viens d'esquisser pour les larges évidements du tibia n'a rien d'exagéré, et cependant je dois répéter ici que la grande majorité des trépanations et des évidements guérissent naturellement avec le temps, sans nécessiter aucune intervention nouvelle.

Chez les jeunes sujets, la plasticité est telle que la cavité se comble peu à peu et se recouvre d'une cicatrice déprimée, mais suffisamment épidermisée. Chez les enfants surtout, tous les éléments de réparation que j'ai analysés plus haut agissent assez efficacement pour amener des cicatrices stables et définitives. Mais quand ces circonstances favorables ne se rencontrent pas et qu'on a dû creuser de larges cavités, on se trouve en présence d'une des complications les plus difficiles à surmonter. Je n'insiste pas ici sur les divers moyens de faire cicatriser ces plaies déprimées et atones. On aura recours d'abord aux pansements les plus propres à favoriser la végétation et la plasticité des bourgeons charnus (aux balsamiques en particulier). On pourra, dans certains cas, ramener la peau sur ces cavités, et en particulier la peau doublée du périoste qu'on aura détachée au moment de l'opération pour aborder l'os, et qu'on n'aura pas réunie immédiatement afin de laisser à découvert le fond de la plaie; cette absence de réunion primitive de la plaie était indispensable pour en surveiller le fond et permettre l'élimination des parcelles osseuses malades

qu'on aurait pu laisser dans les parties profondes. Les greffes dermiques autoplastiques (1) et les divers procédés de l'autoplastie cutanée rendront des services dans certains cas. Mais autour de ces plaies déjà chroniques, les adhérences de la peau aux tissus profonds rendent difficile la dissection et surtout le glissement des lambeaux. Lorsqu'il s'agit de ces vieilles ostéomyélites qui ont donné lieu à des fistules nombreuses et qui ont suppuré longtemps, la peau calleuse, adhérente et livide, doit être largement disséquée pour pouvoir être ramenée sur le tibia.

Supposons que tous ces moyens aient été mis en usage et aient échoué; supposons même qu'on ait eu recours sans résultat utile aux greffes osseuses, autoplastiques et hétéroplastiques pour combler la cavité, que restera-t-il à faire?

La cause de la non-cicatrisation résidant surtout dans l'impossibilité de faire rapprocher les parois osseuses, il n'y a qu'à rendre mobile une des parois latérales pour lui permettre de se rapprocher de l'autre. Or il y a deux manières de mobiliser cette paroi :

1° En enlevant toute la substance osseuse qui lui donne sa résistance, et en conservant seulement une paroi périostique, souple, laissée adhérente aux parties molles périphériques, qui viendra elle-même se rapprocher de la paroi opposée;

2° En conservant la paroi osseuse tout entière (os et périoste), mais en la découpant en un volet mobile qui, ne tenant plus au reste de l'os que par une charnière périostique en arrière, pourra être rapprochée de la paroi opposée et fixée sur elle par une vis métallique ou des points de suture.

Ces deux manières d'agir répondent aux deux méthodes d'ostéoplastie que j'ai rappelées en commençant. Dans l'une, on a pour but de réparer directement, par de l'os déjà formé, le déficit osseux. Dans l'autre, c'est indirectement et secondairement qu'on se propose d'obtenir ce résultat.

Le choix entre ces deux méthodes n'est pas indifférent au membre inférieur surtout, où l'on doit avoir la préoccupation de ne pas compromettre la solidité du squelette. Dans la plupart des cas, la conservation de la seule paroi périostique est parfaitement suffisante et, comme c'est une opération plus simple, plus facile et suivie d'une cicatrisation plus rapide, elle doit constituer la méthode de choix, surtout quand la substance osseuse de la paroi à mobiliser présente encore des signes d'ostéite. Dans d'autres circonstances, le volet osseux est indispensable. C'est à la détermination de ces indications que je vais consacrer ce qui me reste à dire.

Indépendamment des cavités osseuses post-opératoires, il y a aussi des cavités pathologiques qui sont susceptibles des mêmes considérations. Je n'en prendrai qu'un exemple pour ne pas trop allonger ce travail. Ce sont les kystes bénins et volumineux de la face, qu'ils soient le résultat d'une anomalie du développement dentaire ou qu'ils se lient à toute autre cause pouvant amener une collection de liquide dans le sinus maxillaire. Dans ces cas, la large ouverture de la cavité et, mieux encore, l'enlèvement large ou total de la paroi saillante, permettent le retrait graduel du restant de la poche, et la disparition de la saillie qui déformait le visage. Mais la mobilisation calculée de la paroi externe du kyste, par la taille d'un volet osseux, permet d'arriver aussi rapidement à la guérison et plus sûrement à la récupération de la forme normale. On découpe ce volet qui, tout en s'enfonçant vers le centre de la cavité, soutient les parties molles et les empêche de pénétrer trop brusquement dans la cavité, et évite ainsi le remplacement de la saillie par une dépression disgracieuse. Je n'entrerai pas dans des détails techniques à cet égard; ce que je vais dire du traitement des cavités osseuses accidenteles, post-opératoires, devant s'appliquer à toutes les cavités à parois rigides, soit qu'on veuille les oblitérer complètement, soit qu'on cherche seulement à les diminuer.

(A suivre.)

(1) Je veux parler de larges lambeaux dermiques que j'ai fait connaître dès 1872, et qui permettent de recouvrir en une séance de larges surfaces granuleuses. Ce sont des greffes qu'on décrit souvent, par erreur, sous le nom de greffes de Tiersh, bien que cet auteur ne les ait proposées que deux ans après ma communication à l'Institut et à l'Académie de Médecine (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences* et *Bulletin de l'Académie de Médecine*, avril 1872.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juillet. — Présidence de M. Delens.

Du traitement opératoire du cancer du rectum.

M. Marchand. — A propos de la lecture du procès-verbal, je reviens sur la question des ganglions dans le cancer du rectum. Je ne nie pas leur importance, naturellement; mais il y a des faits cliniques devant lesquels il faut bien s'incliner. Eh bien, je n'ai jamais vu de cancer du rectum récidiver sous forme de tumeur ganglion-

naire; je ne l'ai jamais vu réapparaître dans les ganglions du bassin.

La récidive du cancer du rectum se fait, soit dans un autre organe, comme le foie, soit sur place et, particulièrement, au niveau de la cicatrice consécutive à l'intervention antérieure.

M. Quénu. — J'accorde à M. Marchand que le cancer du rectum récidive le plus souvent au niveau de la cicatrice; cette récidive tient, généralement, à ce qu'on n'a pas enlevé assez de rectum. J'accorde aussi que le cancer du rectum soit, parmi les cancers viscéraux, un des moins malins. Mais je ne puis aller plus loin. Je ne puis en particulier souscrire aux idées de M. Marchand sur l'état des ganglions. Ces derniers sont toujours malades, ainsi que je le ferai voir dans un article qui paraîtra sous peu dans la *Revue de Chirurgie*. Cette adénopathie cancéreuse est même si accentuée, qu'on peut savoir d'avance où se trouvent les ganglions malades, en usant de l'examen manuel du bassin fait comme je l'ai indiqué. Giordano (de Venise) n'est-il pas intervenu pour une adénopathie cancéreuse? Il a extirpé les ganglions situés en avant et dans la bifurcation des vaisseaux iliaques. La malade a parfaitement guéri.

L'adénopathie cancéreuse, et je conclus par cette phrase, est la règle dans le cancer du rectum; elle est justiciable du traitement chirurgical, si elle n'est pas trop étendue.

M. Poirier. — Je m'étonne que M. Quénu puisse reconnaître l'adénopathie concomitante du cancer du rectum. Mascagni déjà a montré à quelle hauteur se trouvaient certains ganglions où vont aboutir les vaisseaux lymphatiques venant de cet organe.

M. Quénu. — J'entends parler d'exploration par la plaie iliaque, et non à travers la peau; dans ces conditions, j'affirme que le fait est possible.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Reclus. — M. Richelot nous a apporté, dans une des précédentes séances, un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale, destiné à remplacer celui qu'il avait appelé procédé définitif. Je ne viens pas ici me prononcer sur le nouveau procédé de M. Richelot, n'en ayant pas fait l'expérience.

L'hystérectomie abdominale totale, du reste, a reçu déjà plusieurs solutions élégantes, dans le sens où les mathématiciens entendent ce terme.

Pour moi, c'est au procédé de Doyen que je me rallie le plus volontiers. Il est bien connu : on fait une laparotomie, on saisit la masse fibromateuse avec de fortes pinces ou un tire-bouchon qu'on enfonce dans la tumeur, et on énuclée le fibrôme. Les adhérences détruites, on a devant soi un champ opératoire considérable. Dans le vagin, on introduit, à ce moment, une pince courbe qui soulève le cul-de-sac postérieur. Au point où elle bombe, on ouvre une boutonnière. La désinsertion du vagin au ras du col trouve ensuite sa place; enfin, les ligaments larges sont saisis et coupés.

Faut-il faire de l'hémostase provisoire? Doyen répond non. Je crois que la question mérite surtout d'être posée, quand il s'agit d'utérus gravide, à cause du développement de l'artère utéro-ovarienne et de l'artère utérine, et que l'hémostase s'impose dans ces conditions.

Je considère l'opération comme terminée à ce moment. M. Richelot insiste sur la nécessité de réunir les lèvres du péritoine et de fermer le vagin. Pour moi, je ne touche pas au vagin et je le laisse ouvert.

Enfin, comme le dit M. Richelot, il est bon de substituer du catgut aux fils de soie.

Je suis intervenu par ce procédé dans dix hystérectomies, que je divise en deux catégories. La première comprend deux cas où le fibrôme utérin était moins important que les pyosalpinx concomitants. L'un d'eux fut long, pénible, tant à cause des nombreuses adhérences que je rencontrai que des poches purulentes en face desquelles je me trouvai. Toutefois, la malade était en bonne voie de guérison et allait quitter l'hôpital; lorsqu'elle tomba subitement morte, probablement par suite d'une embolie. L'autre cas a fort bien guéri; il s'agissait de salpingites volumineuses.

La seconde catégorie renferme huit cas, où je suis intervenu pour des fibrômes non compliqués ou tout au moins dominant les lésions voisines. Huit fois, j'obtins des résultats excellents. Dans ces opérations, je n'ai pas fermé le vagin, et, à ce propos, je dirai à MM. Richelot et Doyen que l'hystérectomie abdominale sans vagin fermé met les malades dans un état aussi bon que l'hystérectomie vaginale. Tout en signalant ce fait, je ne veux cependant pas y attacher une grande importance.

En résumé, l'hystérectomie abdominale totale peut être considérée aujourd'hui comme une bonne opération. Elle donne des résultats comparables à ceux fournis il y a quinze ans par l'intervention sur les kystes de l'ovaire. Parmi toutes les méthodes, celle de Doyen me paraît excellente.

M. Reynier. — M. Richelot a préconisé une nouvelle technique d'hystérectomie abdominale totale. Son procédé n'est pas un procédé de choix, car aucun ne peut l'être. Mais, comme pour tous les autres, il est certains cas auxquels il est parfaitement applicable. L'utérus est-il de moyen volume, tous les procédés sont faciles et bons. S'agit-il d'un fibrôme volumineux développé aux dépens du segment inférieur et remplissant l'excavation pelvienne, où la recherche des artères utérines est difficile, le choix de la méthode à employer est alors plus délicat.

A la méthode de M. Richelot, qui a ses indications, je ferai un reproche : c'est d'allonger l'opération. Il fait, en effet, l'énucléation, ce qui demande un certain temps, nécessite un emploi plus prolongé du chloroforme, et

prédispose d'autant la malade à l'état de shock. L'énucléation, de plus, me semble fort inutile.

Un second reproche que j'adresserai à la technique de M. Richelot est celui-ci : le décollement de la vessie s'y fait de haut en bas. Or, nous sommes tous d'accord sur ce point, ce décollement est beaucoup moins facile que le décollement de bas en haut, comme il se pratique dans l'hystérectomie vaginale.

Aussi mes préférences vont-elles au procédé de Doyen, qui est rapide et donne des résultats surprenants. Un tire-bouchon tire l'utérus; celui-ci est arraché, la vessie est décollée aussi vite que possible. Quant à l'hémostase, pourquoi ne pas la faire? Pourquoi ne pas pincer avant une artère qu'on sera bien forcé de pincer après? D'autre part, je ne ferme pas hermétiquement la cavité abdominale. Une mèche de gaze iodoformée donne une grande sécurité contre les infections possibles. Enfin, sur la question des fils, je suis du même avis que MM. Richelot et Reclus : les fils de soie sont longs à s'éliminer, et demandent un mois, un mois et demi. Le catgut demande moins de temps, ce qui abrège la convalescence du malade.

Le second point que M. Richelot a abordé dans sa communication a trait à l'hystérectomie abdominale appliquée aux lésions des annexes.

Je suis, pour moi, convaincu de la supériorité de la laparatomie, qui me semble être la meilleure opération pour les ovaires scléro-kystiques, les hydrosalpinx, cas dans lesquels l'utérus doit être conservé. Il n'est pas indifférent en, effet, de priver ou non une femme de son utérus, et la conservation s'impose chaque fois que la chose est possible.

C'est dans les lésions graves suppurées des annexes qu'il conviendra de discuter l'opération de Richelot. A ce propos, je citerai le cas d'une femme atteinte de lésions annexielles suppurées, ouvertes dans le rectum. Par l'hystérectomie vaginale, je ne parvins que difficilement à abaisser l'utérus, et je dus faire le morcellement. La malade guérit, mais trois mois plus tard, elle vint me voir et se plaignit de continuer à souffrir. Du côté droit, en effet, était une masse qui nécessita une laparotomie. Avec beaucoup de peine, je réussis à enlever un ovaire polykystique rempli de foyers purulents. La guérison fut définitive après cette seconde intervention.

Je termine mes interventions par un drainage. Je préfère le drainage vaginal ou vagino-abdominal au Mickulicz. Mais souvent l'utérus est gêné par ce drainage, et c'est pourquoi, dans les suppurations péritonéales inférieures, dans les annexites ouvertes dans l'intestin, je conclus à l'ablation systématique de l'utérus. J'ai déjà indiqué cette façon de procéder au Congrès de Rome, en 1894. Au lieu donc de faire d'une manière absolue l'ablation de l'utérus, je la réserve simplement à un certain nombre de lésions, où j'agis la main forcée.

D'ailleurs je suis de moins en moins partisan de l'hystérectomie vaginale, et de plus en plus convaincu de la supériorité de la laparotomie. Quant à l'opération de M. Richelot, il faut attendre que la pratique nous permette de nous prononcer à son égard.

Sarcôme mélanique primitif des ganglions cervicaux.

M. Berger. — Un malade, grand chasseur, vint me consulter pendant l'hiver 1895-96 pour une tumeur du cou développée au niveau d'un point où la crosse de son fusil venait sans cesse appuyer. Je reconnus, au niveau de la région sous-hyoïdienne, une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde et, près d'elle, sous le sterno-mastoïdien, une autre grosse comme une noix. La mobilité, sous la peau, la lenteur du développement me firent opiner pour de la tuberculose.

A l'opération, je fus étonné de trouver une tumeur noire qu'il me fut facile de diagnostiquer mélanose. Aussitôt j'enlevai tous les ganglions du cou qu'il me fut possible d'atteindre, avec le tissu cellulaire environnant. Le malade a fort bien guéri.

M. Besançon, qui a examiné la tumeur, y a vu des cellules volumineuses avec gros noyau prenant mal les matières colorantes et des granulations pigmentaires. Autour de ces cellules, infiltration pigmentaire généralisée du ganglion. Nous nous trouvions en présence d'un sarcôme globo-cellulaire mélanique.

Le premier point intéressant de cette observation, c'est de voir ce sarcôme mélanique apparaître comme tumeur ganglionnaire primitive. Les tumeurs ganglionnaires sont, en effet, très rarement primitives, et à part le groupe des lymphômes, lymphadénômes, lymphosarcômes, on n'en rencontre que rarement. Et, cependant, j'ai examiné en entier ce malade pour voir s'il n'aurait point de la mélanose en un autre point de l'organisme. Je n'ai rien trouvé, pas même un nœvus qui aurait pu prendre de l'importance dans le cas présent. Il faut donc dire : mélanose ganglionnaire primitive.

Mes recherches bibliographiques m'ont d'ailleurs confirmé la rareté du fait. Le travail d'Ebermann, basé sur des observations prises à la clinique de Gœtting, contient 30 cas de mélanose, dont 2 de mélanose ganglionnaire primitive. Mais l'un de ces 2 cas s'accompagnait d'un nœvus pigmentaire du nez. Dietrich, en 1887, sur 145 cas de sarcôme mélanique, en note 15 ou 16 ayant frappé primitivement les ganglions. Enfin, Boulay, dans les *Archives générales de médecine*, en 1895, cite 16 faits de mélanose ganglionnaire, dont 8 de mélanose nettement secondaire. Dans 6 autres, il s'agit peut-être d'une tumeur de la peau devenue ganglionnaire par la suite.

Aussi le fait que je rapporte est-il exceptionnel; mais, il faut bien l'admettre, puisque des examens complets et répétés ne m'ont pas révélé d'origine à cette mélanose ganglionnaire.

Le second point, singulièrement curieux, c'est l'absence de récidive chez mon malade, depuis quinze mois. Virchow considère les mélanoses comme fatales, récidivantes, se généralisant. Le pronostic semble moins mauvais, puisque la guérison se prolonge quelquefois.

Sur 16 opérés d'Ebermann, il y a eu 3 survies. La statistique de Boulay porte sur 195 cas, dont 152 opérés; 115 ont été suivis : 72 sont morts, 24 ont survécu avec récidives, 19 ont été considérés comme guéris.

Sur ces 19, 4 ou 5 étaient opérés depuis plus d'un an, 1 depuis plusieurs années, 11 ou 12 depuis moins de un mois.

La récidive dans la mélanose, si elle doit se faire, est en général précoce. Sur 32 cas, nous apprend Boulay, 19 ont récidivé dans l'année, 25 en moins de six mois, et 3 en moins de quatorze mois. On voit donc que la récidive semble avoir tendance à se faire tôt.

Enfin, même s'il y a récidive, l'opération a une action favorable sur la durée du mal, dont elle ralentit la marche. La survie générale est de trois ans et demi pour les cas opérés, de un an et demi pour les cas non opérés, qui ont donc une marche plus rapide.

L'opération, du reste, est capable de guérir radicalement et de laisser une survie très longue. Ainsi je pourrai citer l'exemple d'un malade opéré par moi d'un sarcôme mélanique de la peau il y a cinq ans : depuis ce temps-là la guérison s'est maintenue.

M. Marchand. — Je considère les sarcômes mélaniques comme plus fréquents que le croit M. Berger. Il m'en vient précisément à la mémoire deux cas bien nets : l'un était un sarcôme mélanique de l'aine que je vis en 1875, l'autre formait une tumeur de l'aisselle que j'opérai il y a quelque temps.

Présentation de malade.

M. Ricard présente une malade qu'il a opérée, il y a vingt jours, d'une fracture de la rotule par le procédé du cerclage.

Il insiste sur la facilité de l'opération, sur sa rapidité et sur les résultats déjà obtenus. En effet, la malade peut aujourd'hui marcher assez aisément, et elle est même capable de monter les escaliers.

Présentation d'instrument.

M. Reclus présente une canule rectale permettant de faire des injections de 50° et 55° sans sensation de chaleur dans le rectum. Il rappelle, à ce propos, que l'orifice anal une fois franchi, la sensation de chaleur n'est plus ressentie par la muqueuse, malgré le degré de liquide injecté.

Présentations de pièces.

M. Demoulin présente une pièce d'étranglement intestinal et un sac herniaire provenant d'un malade opéré récemment à l'hôpital Saint-Antoine. L'autopsie montre ce sac herniaire très adhérent au tissu cellulaire. Il avait été réduit, il y a une vingtaine d'années, et présentait une petite ouverture dans laquelle l'intestin était venu s'étrangler, quand M. Demoulin fut appelé auprès du malade. L'orateur ajoute que cet étranglement s'est manifesté avec des symptômes rappelant assez exactement ceux de l'appendicite.

M. Marchand présente un tube d'Hégar trouvé dans l'abdomen d'une malade et qui lui causait de vives douleurs. On sentait, à travers la paroi abdominale, ce corps étranger, lorsque la malade était dans la station debout. L'opération montra cette pièce dans le mésentère; elle avait pénétré par l'utérus qu'elle avait dû franchir. Si la pièce avait été laissée en place, il est bien à craindre qu'elle ait ulcéré et perforé l'intestin.

M. Michaux présente un fibrôme de la paroi abdominale apparu trois mois après un traumatisme. Son point d'implantation était sur l'aponévrose du grand droit de l'abdomen. Il pèse quatre kilogrammes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juillet.

Nature et traitement du goître exophtalmique.

M. Abadie rappelle que le goître exophtalmique a fait surgir de nombreuses théories. Trois d'entre elles doivent être particulièrement signalées : la théorie hématique, la théorie nerveuse et la théorie thyréogène.

Cette dernière a eu une sanction thérapeutique trop souvent funeste. Pour sa part, M. Abadie considère en effet les interventions sur le corps thyroïde comme inutiles et même dangereuses.

L'orateur a déjà montré comment, dans le goître exophtalmique, l'intensité des battements artériels reste limitée au territoire desservi par le sympathique cervical; il a fait voir le manque de proportion assez fréquent entre le volume du goître et l'exophtalmie, ce qui lui permet de conclure que l'exophtalmie n'est pas sous la dépendance de l'hypertrophie du corps thyroïde.

M. Abadie donne la préférence à la théorie de l'excitation permanente des vaso-dilateurs du sympathique cervical. D'où nécessité d'agir chirurgicalement, non sur le corps thyroïde, mais sur le sympathique cervical par la section de ce nerf, entre le ganglion cervical supérieur et le moyen. Tous les cas traités par ce procédé ont été améliorés.

La théorie soutenue par M. Abadie explique également les accidents constatés dans les opérations portant sur le corps thyroïde. La thyroïdectomie partielle oblige à un tiraillement des filets nerveux du sympathique qui augmente encore l'excitabilité des vaso-dilateurs et aggrave

les symptômes. L'exothyropexie produit un tiraillement encore plus marqué; la mort peut en être la conséquence.

Les hémorrhagies formidables qui se font au cours de la thyroïdectomie partielle s'expliquent aussi avec la théorie de M. Abadie : c'est la vaso-dilatation qui maintient les parois artérielles béantes.

L'hypertrophie du corps thyroïde est consécutive à la vaso-dilatation des artères thyroïdiennes, comme l'exophtalmie est due à la vaso-dilatation des vaisseaux rétro-bulbaires. La section du grand sympathique à l'endroit cité plus haut fait cesser ces phénomènes.

Aussi, doit-on s'abstenir de toucher à la glande dans la maladie de Basedow. On fera la section du grand sympathique cervical sous le ganglion cervical supérieur.

Le chirurgien n'a pas davantage à intervenir sur le corps thyroïde en cas de goître ordinaire; il risquera de le priver de ses éléments essentiels et d'aggraver la situation. Son intervention sur cette glande n'est justifiée que dans les cas de tumeurs proprement dites.

Traitement des hernies inguinales par les injections de chlorure de zinc.

M. Lannelongue. — Je vous présente des malades porteurs de hernies inguinales et traités par des injections de chlorure de zinc au dixième.

L'opération est simple à faire : il faut surtout ne pas blesser le cordon et ne pas injecter de liquide dans la cavité péritonéale. Elle dure à peu près trois minutes. Un lavement de chloral chez les enfants calme la douleur consécutive. Au-dessus de trois ans, au chloral, j'associe de la morphine.

Le chlorure de zinc agit par stupeur locale sur les tissus. Les éléments anatomiques sont détruits; il se fait un appel de leucocytes qui enlèvent les débris cellulaires. La réaction inflammatoire aseptique aboutit à l'hyperplasie du tissu conjonctif et au renforcement des aponévroses.

J'ai déjà fait cinquante et une opérations. Au-dessous de vingt ans, j'ai eu treize succès. Entre vingt et soixante ans, j'ai également eu trois guérisons.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Cystostomie sous-pubienne chez un vieux prostatique. Urèthre contre nature continent pendant quatre ans. Mort de tuberculose pulmonaire et vertébrale.

Delore (Soc. de Méd. de Lyon, séance du 13 juin et *Bull. méd.*, 30 juin 1897,) en présentant l'observation d'un pareil malade, montre qu'il s'agit d'un vieux prostatique rétentionniste et infecté, chez qui M. Orcel, alors chef de clinique de M. Poncet, avait dû pratiquer, au mois d'août 1893, une cystostomie d'urgence après échecs répétés du cathétérisme.

Le malade quitta l'hôpital au bout d'un mois, avec un méat hypogastrique continent et fonctionnant bien. Rien d'anormal jusqu'en octobre 1896; ce vieillard de 68 ans avait repris son ancien métier de jardinier. Au moment de la miction, le jet d'urine était projeté à un mètre par le méat artificiel.

A cette époque il rentra à la clinique avec les signes d'un mal de Pott lombaire, compliqué de localisations pulmonaires auxquelles il succomba le 19 juin 1897. Pendant les trois derniers mois de la vie, une incontinence urinaire s'était établie peu à peu, probablement d'origine médullaire comme la paraplégie.

A l'autopsie, les lésions de tuberculose diagnostiquées sont retrouvées.

Quant aux organes urinaires, la prostate dure et énorme oblitère l'urèthre suivant un angle droit dont le sommet correspond au vern montanum.

La vessie est épaissie, sclérosée, à colonnes, avec une muqueuse ardoisée, mais sans traces d'inflammation récente.

Les uretères, les bassinets, les reins sont aussi atteints de sclérose diffuse, mais sans dilatation, sans une goutte de pus dans leurs cavités.

Le canal hypogastrique a une longueur de six centimètres et présente un aspect infundibuliforme à grande ouverture du côté de la vessie, près du sommet de ce réservoir. L'orifice cutané n'admet qu'une sonde n° 12.

Ces pièces démontrent la cause de la persistance et de la continence de la fistule chez certains cystostomisés. Le méat persiste quand l'obstacle prostatique lui-même subsiste et s'oppose à l'évacuation par les voies naturelles : c'est le sort de toutes les fistules spontanées ou chirurgicales. La continence est probablement due autant au siège élevé de l'orifice vésical qu'à la longueur du nouveau canal créé, sur la lumière duquel les muscles de la paroi peuvent efficacement agir pour l'oblitérer (cystostomie idéale).

L'observation, dans son ensemble, témoigne des bienfaits prolongés que la cystostomie sus-pubienne procure aux prostatiques rétentionnistes.

Enclavement d'un calcul dans l'urèthre chez une fillette.

Il s'agit d'une fillette de 12 ans, atteinte depuis l'âge de 3 ans, de troubles de miction : incontinence alternant avec de la rétention, douleur violente pendant la miction; parfois, présence, dans l'urine, de petits graviers. Les divers traitements essayés n'avaient donné aucun résultat. Depuis un mois, l'état de l'enfant s'était notablement aggravé et l'incontinence était devenue perma-

nente. C'est alors que la petite malade fut adressée à l'auteur.

A l'examen, on trouva l'orifice uréthral très dilaté; un calcul assez volumineux y était enclavé; son extraction fut très facile. C'était un calcul phosphatique de cinq centimètres de long, de six millimètres de circonférence et pesant douze grammes. L'incontinence persista encore pendant sept jours, puis la miction finit par devenir tout à fait normale.

Les faits de ce genre sont assez rares, puisque Bokaï n'en a signalé que 10 sur 299, et à l'hôpital Sainte-Olga, à Moscou, on n'en a observé, pendant huit ans, que 6 cas sur un total de 238 malades.

(*Dietzkaïa meditzina*, 1897, n° 1 et *Indép. méd.*, 16 juin 1897.)

Contribution à l'étude des calculs vésicaux.

Witte (*Khirourguea*, n° 2, p. 107, 1897 et *Presse méd.*, 16 juin 1897) communique des statistiques relatives à la période 1888-1896. Quatre cas ont été traités par la dilatation de l'urètre; 9 cas par l'urétotomie externe; 1 cas par la taille latérale; 6 cas par la taille périnéale médiane et 32 cas par la taille sus-pubienne. Cette dernière opération a été faite 5 fois sans suture de la vessie, 11 fois avec suture et cathéter à demeure, 16 fois avec suture mais avec cathéter.

Sur 52 malades traités par l'auteur, il y a eu 45 enfants; 3 de ces enfants moururent des suites de l'opération : infection purulente, pyélonéphrite; un quatrième succomba à la scarlatine. Dans un cas, le malade était à sa troisième récidive.

Le procédé opératoire de l'auteur pour la taille sus-pubienne ne présente rien de particulier; c'est évidemment l'opération idéale lorsqu'on suture la vessie; il faut tendre à supprimer le cathéter à demeure; c'est ce dont l'auteur s'est fort bien trouvé, surtout chez l'enfant.

L'incision de la capsule dans la névralgie rénale.

M. George Ben Johnston a été mis sur la voie du traitement ci-dessous énoncé par quelques erreurs de diagnostic. C'est croyant avoir affaire à des calculs intra-rénaux qu'il intervint et constata un énorme soulagement des malades, qui ne pouvait s'expliquer que par l'incision de la capsule, qui subissait une pression exagérée de la part du parenchyme hypertrophié. Après avoir étudié ces cas singuliers, il s'arrête aux conclusions suivantes :

1° La névralgie rénale n'est pas toujours liée à des lésions de l'organe; 2° Lorsqu'on ne trouve pas d'autres symptômes que la douleur, celle-ci peut être attribuée à l'excès de tension de la capsule; 3° La névralgie simule fréquemment la douleur symptomatique de la présence des calculs; 4° Lorsque persiste une douleur intense, sans autres signes de maladie fonctionnelle, l'incision exploratrice de la région lombaire est indiquée; 5° Lorsque l'inspection, la palpation et des ponctions avec une aiguille ne permettent pas de découvrir de corps étrangers, la capsule doit être incisée sur toute la hauteur de l'organe. La guérison fut complète dans les cas où il a opéré. Ajoutons qu'il s'est contenté de drainer et de panser à la manière ordinaire.

(*Med. News*, n° 5, 1897 et *Rev. de Thérap.*, 15 juin 1897).

CHIRURGIE DES MEMBRES

Sarcôme sous-périostique de la clavicule droite. Résection totale. Guérison avec recouvrements de la presque totalité des mouvements.

Verstraete a eu la bonne fortune d'en observer un cas dans le service de M. Duret.

Il s'agit d'un malade âgé de 46 ans, cordonnier, entré le 15 janvier 1897, pour une tumeur de la face antérieure du thorax, occupant l'espace sous-claviculaire droit.

L'affection qu'il porte remonte à sept mois environ. Petit à petit, il a vu se développer, sous la clavicule droite, une tumeur qui, au mois de juin dernier, atteignait le volume d'une noisette. Elle causait quelques douleurs facilement supportables.

Aujourd'hui, le volume atteint est celui d'une mandarine; cependant, la tumeur a une forme allongée dans la direction de la clavicule elle-même. Elle mesure douze centimètres dans son diamètre vertical et quinze dans son diamètre transversal. Elle s'étend en dedans, jusqu'à deux centimètres de l'articulation sterno-claviculaire, en dehors, jusqu'au voisinage de l'espace delto-pectoral; en haut, elle empiète légèrement sur le bord antérieur de la clavicule, laissant complètement libre la crête supérieure; en bas, elle descend jusqu'à trois travers de doigt au-devant du mamelon droit. La peau n'est pas ulcérée, elle n'est pas adhérente, mais elle est sillonnée par de nombreuses veines bleuâtres, à la palpation, on ne perçoit aucune sensation d'expansion ni de battement. Il n'existe ni souffle, ni thrill. La consistance est molle, il n'y a pas de fluctuation nette, mais une sensation de résistance spéciale, rappelant celle des fongosités de la tumeur blanche. La tumeur est fixée dans la profondeur; on lui imprime de légers mouvements de déplacement dans le sens transversal. On ne peut constater d'une manière nette la dépendance des mouvements de la tumeur avec ceux de la clavicule. Absence de ganglions axillaires.

Pensant à un abcès froid, le chirurgien se décide à intervenir. Le 22 janvier, il incise la peau, découvre la tumeur et la ponctionne, il s'écoule du sang en grande abondance. M. Duret agrandit alors l'ouverture, introduit le doigt qui ramène des grumeaux sarcômateux et vide la poche. Il sent sous le doigt, la clavicule dénudée et se décide à la résection totale de cet os. Il agrandit l'inci-

sion. Le grand pectoral est sectionné, ainsi que le petit, la clavicule est libérée complètement à ses faces antérieure et supérieure ; le muscle sous-clavier est enlevé.

Le chirurgien passe ensuite la scie à chaîne sous l'os et le sectionne vers sa partie moyenne. Les parties rétro-claviculaires sont disséquées avec soin. Le fragment interne et le fragment externe sont désarticulés l'un après l'autre. A ce moment, la veine sous-clavière est ouverte et l'air est aspiré, faisant entendre le sifflement caractéristique, deux ligatures sont apposées vivement, cet accident n'ayant eu aucune suite fâcheuse. L'artère est laissée intacte, le creux de l'aisselle est exploré soigneusement. L'opération terminée les deux muscles pectoraux sont successivement suturés au catgut.

Suites opératoires assez bonnes. Le membre supérieur droit se tuméfie, l'œdème est dur et peu douloureux et ne tarde pas à disparaître par une compression énergique. Un mois après l'intervention, la plaie est en voie de cicatrisation rapide. Le malade reprend ses forces, son bras droit a récupéré presque tous les mouvements.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un sarcôme encéphaloïde. Cette tumeur était sous-périostique, l'os étant lui-même indemne.

CHIRURGIE DU RACHIS

Du redressement forcé des gibbosités pottiques par la méthode de Callot.

Vincent (*Soc. méd. de Lyon*, séance du 21 juin et *Bull. méd.*, 30 juin 1897), dans le redressement forcé des gibbosités pottiques par la méthode de Callot, n'a encore rien ou presque rien obtenu sur treize cas. Le redressement gagné dans la première séance s'est à peu près complètement perdu sous le plâtre même : la bosse se reforme en même temps qu'apparaissent des eschares plus ou moins profondes. Tel a été le bilan pour cinq cas sur sept d'application de Callot.

Pour les six autres cas, une fois on put bien obtenir le redressement de la gibbosité, mais l'enfant ne put supporter la cuirasse plâtrée.

Parmi les gibbosités pottiques, il faut distinguer celles qui intéressent la région cervicale et celles qui portent sur la région dorso-lombaire.

La région cervicale commande une grande circonspection. La région cervico-dorsale offre moins de prise pour le redressement et la contention.

Les régions dorso-lombaires sont le vrai champ d'expérimentation de la méthode de Callot, mais encore faut-il distinguer l'ancienneté de la gibbosité et l'âge du sujet.

Il y a lieu de laisser persister les gibbosités peu accusées, qu'on dissimule fort bien, et de ne pas s'acharner à réduire les gibbosités solides qui n'ont d'autre inconvénient que d'être une difformité.

D'ailleurs, la méthode de M. Callot n'est pas nouvelle ; Sayre déjà se proposait de réduire les bosses et de guérir le mal de Pott par l'extension au moyen du poids du corps et par des corsets plâtrés répétés. Ce qu'il y a de nouveau dans l'emploi du corset de Sayre par Callot, c'est qu'il le fait porter couché et qu'il ne dispense pas, avec ce corset, du décubitus prolongé.

Ce qui caractérise le procédé de Callot, c'est la démonstration qu'on peut, sans danger immédiat, redresser les gibbosités pottiques, du moins un certain nombre et dans certaines régions. Les critiques de théorie, de fait, de doctrine et de clinique ont été formulées déjà par MM. Chipault, Ménard et Monod.

Il y a erreur de doctrine dans l'affirmation que le sinus ouvert par le redressement de la gibbosité peut se combler par des ossifications, quand cette gibbosité est un peu accentuée. Le tissu spongieux peut bien se régénérer, mais dans une trop faible mesure.

De la méthode de Callot, il faut retenir qu'on peut et qu'on doit être moins timide dans le redressement d'un certain nombre de gibbosités, à leur période floride. Mais au lieu d'employer le corset de Sayre modifié par Callot, il sera préférable de rester fidèle à la vieille pratique lyonnaise, de placer les pottiques dans la gouttière de Bonnet modifiée par M. Ollier et de faire de la traction sur les extrémités podalique et céphalo-axillaire.

Dans plusieurs cas, M. Vincent a fait porter, dans la gouttière même, un corset à plaque dorsale qui tend à enfoncer la saillie du rachis et augmente l'immobilité du tronc, corset préférable au Sayre parce qu'il gêne moins la respiration, n'écorche pas et permet les soins de propreté.

D'un cas de mort à la suite du redressement forcé d'un mal de Pott.

M. Malherbe a présenté, à la Société anatomo-pathologique de la Loire-Inférieure, la colonne vertébrale d'un malade atteint du mal de Pott, qui a succombé à une tentative de redressement. Il s'agit d'un enfant mâle de 10 à 12 ans portant, depuis huit ans, un mal de Pott dorso-lombaire, soumis au procédé de redressement préconisé par Callot.

L'extension diminue la saillie pottique, mais ne la fait pas disparaître ; il faut une certaine pression pour obtenir l'effacement complet. Ensuite, on applique au malade un corset plâtré.

Les jours qui suivent l'opération, on note quelques petits incidents : un peu de gêne de la respiration et quelques épistaxis ; toutefois, le malade ne se plaint pas et semble assez bien se porter, lorsque, le onzième jour, la dyspnée augmente assez rapidement et la mort survient en quelques heures.

L'autopsie montre, dans la plèvre droite, un épanchement hémorrhagique d'un litre environ et la présence de fausses membranes sur la plèvre.

Du côté de la colonne vertébrale, on note un écartement énorme des fragments de la colonne vertébrale et une déchirure de la paroi antérieure de l'abcès tuberculeux. Enfin, on trouve, au milieu de la colonne vertébrale lombaire, un nouvel abcès par congestion en train de se faire.

(*Gaz. méd. de Nantes*, 12 juin 1897 et *Bull. méd.*, 30 juin 1897.)

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Le thioforme dans les brûlures du deuxième et troisième degré.

Radtschewtisch a employé le chloroforme dans cent trois cas de brûlures au deuxième et troisième degrés.

Voici de quelle façon il procédait. Sur des brûlures fraiches, il appliquait pendant vingt-quatre heures des compresses souvent renouvelées, trempées dans une solution saturée de salpêtre. Le lendemain, on saupoudrait la plaie d'une épaisse couche de thioforme; si elle s'imprégnait, on en ajoutait une nouvelle quantité jusqu'à la formation d'une croûte assez résistante, ce qui se produisait au bout de deux à quatre jours. Il n'est point nécessaire de recouvrir la couche de thioforme avec de la gaze stérilisée. Ordinairement, au bout de quelques jours, il se forme une bonne cicatrice; alors, après avoir enduit la croûte d'une huile quelconque, on l'enlève sans difficulté. Le malade n'a plus besoin de se soigner, ce qui évidemment a une énorme importance pour un ouvrier. Dans un certain nombre de cas, la croûte se casse, ce qui provoque une hémorrhagie peu considérable qu'on arrête facilement par un nouveau saupoudrement. L'auteur n'a observé la moindre action fâcheuse du thioforme, l'état général s'améliorait, la température tombait deux ou trois jours après le commencement du traitement. La guérison survenait plus rapidement avec le thioforme qu'avec d'autres substances : ainsi l'acide picrique est, d'après l'auteur, inférieur au thioforme.

(*Genedelink*, n° 9, 1897.)

L'alun dans les ulcères et les granulations du cancer.

Paschkewitch fait rougir au feu des cristaux d'alun ordinaires, jusqu'à ce qu'ils se transforment en une poudre sans goût très hygroscopique. Cette poudre doit être conservée dans un flacon avec bouchon assorti et de temps en temps doit être soumise à la même opération.

L'auteur a employé cette poudre à la place des cautérisants habituels dans les ulcères et, en ayant obtenu de bons résultats, eut l'idée de l'appliquer dans le cancer de l'utérus.

Des observations nombreuses, recueillies pendant sept ans, lui ont montré que la poudre d'alun est le meilleur moyen pharmaceutique dans le traitement du cancer de l'utérus. Sous l'influence de cette poudre, la sécrétion s'améliore : dès le quatrième ou le cinquième jour, elle devient purulente, épaisse, de couleur gris jaunâtre. Dès les premiers jours, il y a peu de pus, mais il devient plus abondant les jours suivants. Les douleurs diminuent, ainsi que la mauvaise odeur et les autres symptômes pénibles, les hémorrhagies s'arrêtent, les tissus voisins deviennent moins durs. On n'observe aucun accident ni local, ni général. L'examen microscopique montre que les éléments cancéreux perdent leur brillant, deviennent plus petits et granuleux; le nombre des corpuscules purulents augmente.

Enfin, les malades acceptent avec facilité ce traitement, et l'auteur pense qu'il empêche l'infection de se généraliser.

(*Rev. de Thérap.*, 15 juin 1897.)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Concours pour le clinicat des maladies des voies urinaires.

Un concours s'ouvrira le 25 octobre prochain pour la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint des maladies des voies urinaires. — Se faire inscrire avant le 11 octobre 1897.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

MM. Clado, 17; Thiéry, 20; Cazin, 15; Morestin, 19; Souligoux, 19; Glantenay, 18; Reymond, 18; Genouville, 12; Launay, 17; Rebland, 15.

Les candidats ayant obtenu un minimum de 40 points sont admis à subir la troisième épreuve (consultation écrite).

Concours de médecine.

MM. Rénon, 20; G.-R. Lyon, 17; Gallois, 17; Méry, 18; Macaigne, 19; Laffitte, 19; Claisse, 18 1/2; de Grandmaison, 19; Paul Tissier, 19.

Concours de l'internat.

L'ouverture du concours de l'internat pour 1898 aura lieu le 18 octobre prochain.

Se faire inscrire tous les jours, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 30 septembre inclusivement.

Concours de l'externat.

L'ouverture du concours de l'externat pour 1898 aura lieu le 19 octobre prochain.

Se faire inscrire tous les jours, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 30 septembre inclusivement.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. BIVORT), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'ostéoplastie appliquée à l'occlusion des cavités osseuses accidentelles et en particulier des cavités laissées par les larges évidements des os (1).

Par M. Ollier.

(Suite.)

B. — *Cas qui réclament le désossement de la paroi et la conservation du périoste seul laissé adhérent aux parties molles périphériques. Manière de procéder. Mode de cicatrisation de la plaie; ossification ultérieure du périoste et renforcement de l'os au niveau de la paroi désossée; danger d'une réparation insuffisante dans certains cas.*

En 1867, dans le *Traité de la régénération des os* (2), je m'étais explicitement occupé de cette question. Ayant eu déjà plusieurs fois l'occasion de constater la lenteur et même l'impossibilité de la cicatrisation des cavités osseuses creusées dans le calcanéum pour l'abrasion profonde et l'évacuation des produits inflammatoires ou tuberculeux, je recommandais l'ablation d'une des parois latérales de l'os, afin que le périoste et les parties molles puissent s'avancer vers la paroi restante et combler rapidement la cavité. Je conseillais cette opération, non pas seulement secondairement, c'est-à-dire après avoir constaté l'impuissance de la cicatrisation spontanée, mais primitivement, comme opération préventive, pour obtenir une cicatrisation certaine et rapide. C'est surtout dans les cas où l'ostéite calcanéenne est de nature tuberculeuse qu'on ne doit pas compter sur la cicatrisation par les granulations intra-cavitaires. En agissant ainsi, j'ai pu éviter les suppurations interminables qui suivent l'évidement large de cet os spongieux, et grâce à la part que prenait la paroi périostique mobilisée à la réossification de l'os, j'ai obtenu des calcanéums assez solides pour supporter le poids du corps dans la marche et la station normales, et permettre tous les mouvements du membre inférieur. A plus forte raison, lorsque l'os est déjà épaissi et renforcé par les couches sous-périostiques d'ossification nouvelle formées à la suite de l'ostéomyélite centrale, ne doit-on pas hésiter à enlever une des parois osseuses latérales.

La même observation s'applique, et plus justement encore, aux ostéomyélites du tibia avec séquestres centraux incarcérés et foyers de suppuration disséminés dans la moelle et le tissu spongieux juxta-épiphysaire. En pareil cas, l'os est considérablement augmenté de volume; il est souvent hyperostosé dans toutes ses dimensions; son diamètre paraît double du diamètre normal; il présente même quelquefois au niveau des vieilles cavités séquestrales une hypertrophie plus considérable encore. Or, en pareil cas, il n'est pas nécessaire de conserver un volet osseux.

(1) Extrait de la *Revue de Chirurgie*, n° 4, 10 avril 1897.
(2) T. II, p. 62.

L'os hypertrophié sera à peine affaibli par la résection d'une de ses parois latérales, dût-on même empiéter un peu sur la paroi postérieure. Et puis le périoste qu'on aura conservé avec soin donnera lieu consécutivement à des couches osseuses de nouvelle formation qui rendront en partie l'épaisseur enlevée, et pourront même la rendre complètement, si le sujet est jeune et plastique. Chez les adultes et chez les sujets peu ossifiants, il reste une dépression latérale qui pourrait nuire à la solidité de l'os, si la résistance n'était pas augmentée par l'hypertrophie de la paroi opposée. Nous n'avons jamais observé de fracture consécutive après cette opération; mais comme cet accident est possible, il faut s'entourer de toutes les précautions pour renforcer l'os efficacement par le volet périostique. Dans ce but on conservera avec soin tous les éléments ostéogènes qui sont la condition indispensable de la formation de l'os par le périoste.

Pour cela, en séparant le périoste de la portion d'os qui doit être sacrifiée, il faut se servir d'un détache-tendon bien tranchant qui morde sur les couches superficielles de l'os, les sépare en les laissant adhérentes de côté au périoste, comme de minces copeaux qui n'enlèveront pas sa souplesse au volet périostique, et favoriseront sa réossification. A plus forte raison, doit-on laisser adhérer au périoste les plaques osseuses ou ostéoïdes de nouvelle formation qui le doublent dans certaines ostéomyélites. Tout en assouplissant le périoste, il faut lui laisser tout ce qui augmentera ses propriétés réparatrices. Le périoste ainsi séparé, on sectionne selon la disposition des parties, la paroi osseuse, soit avec un ciseau, soit avec un davier-gouge pour opérer par fragmentation. En se servant de larges daviers-gouges, l'opération se fait rapidement. On agrandit cette brèche autant qu'il est nécessaire pour que le volet périostique qui, bien entendu, n'a pas été séparé des parties molles, puisse venir au contact de la paroi opposée. Dans ce but, on modèle l'ouverture en lui enlevant son bord tranchant et les aspérités saillantes qui augmentent la profondeur de la cavité, et en excisant obliquement son pourtour de manière à en faire une cuvette largement évasée dans laquelle aucune arête, aucune saillie n'empêcheront le lambeau de s'enfoncer.

On obtient ainsi, en quelques semaines, le comblement des cavités osseuses qui depuis plusieurs mois, et mêmes plusieurs années, restaient stationnaires. La cicatrisation n'est pas cependant toujours aussi rapide qu'on pourrait se l'imaginer, même après l'assouplissement suffisant de la paroi. L'induration des tissus périphériques de la peau et des tissus sous-cutanés est souvent telle qu'il n'est pas possible de les faire pénétrer immédiatement dans la cavité osseuse. Ce n'est que secondairement et par la rétraction inodulaire que le rapprochement complet peut s'opérer. Dans les cas anciens à induration chronique, on facilitera le mouvement d'entrée des parties molles dans la cavité par des incisions latérales portant sur le périoste, l'une à la limite supérieure, l'autre à la limite inférieure de la cavité, et de plus par des incisions libératrices portant sur la peau indurée et les tissus fibreux sous-cutanés.

Si, une fois la cicatrisation obtenue, l'os paraissait trop aminci et trop faible pour soutenir le poids du corps, on ferait, pendant un certain temps, porter un tuteur au malade jusqu'à ce que les couches additionnelles d'origine périostique se soient formées. On fera porter ce tuteur pendant un an environ et plus encore chez certains sujets, car le temps nécessaire à la formation des couches osseuses sous-périostiques de renforcement est assez variable en raison des conditions diverses que peuvent présenter les tissus intéressés.

C. — *Du comblement des cavités osseuses accidentelles par l'ostéoplastie directe. Volet osseux latéral; conservation de ses connexions avec les parties molles périphériques et la peau. Volet ostéocutané; lambeaux multiples pris sur les parois de la cavité. Lambeaux osseux déplacés par glissement pris sur l'os malade ou les os voisins. Transplantation de fragments d'os complètement séparés. Difficulté de mobiliser les lambeaux osseux dans les cas anciens à tissus périphériques indurés. Abandon du lambeau mobilisé à la rétraction cicatricielle. Fixation du lambeau par le vissage ou la suture. Mobilisation préventive d'une des parois de la cavité au moment de l'évidement.*

La réfection de l'os par l'ostéoplastie directe, c'est-à-dire par un lambeau déjà ossifié est certainement la méthode la plus sûre pour conserver la solidité de l'organe, lui redonner sa forme et éloigner tout danger de fracture. Aussi doit-elle être préférée toutes les fois qu'on a des craintes sur la solidité ultérieure de l'os, toutes les fois surtout qu'on ne pourra espérer, à cause de l'âge du malade, et de la nature de l'affection, une réossification suffisante de la gaine périostique isolée de l'os. Quand un volet osseux, suffisamment épais, a été conservé et qu'il s'est réuni complètement à la paroi

opposée, l'os acquiert une grande solidité. Le meilleur exemple que je puisse en donner est celui d'un jeune homme dont je rapporterai plus loin l'observation en détail, et chez lequel, six mois après l'opération du volet, survint une fracture de jambe du même côté. Le tibia se brisa à quatre centimètres au-dessous et il n'y eut aucun retentissement sur la partie opérée. La fracture, simple d'ailleurs, se consolida dans le temps ordinaire et on ne constata, soit sous le volet, soit tout autour, ni douleur, ni tuméfaction, ni suppuration.

On peut se demander alors s'il ne vaudrait pas mieux recourir toujours au volet osseux. J'ai déjà dit que lorsque l'os est considérablement hypertrophié, que son tissu est dur, condensé et ses parois épaisses, la taille d'un volet est une opération inutile. J'ajouterai à présent que l'opération n'est pas toujours très simple et qu'elle est particulièrement laborieuse sur des os hypertrophiés, entourés de tissus fibreux, épais, adhérents, sans souplesse, et traversés par de vieux trajets fistuleux. A part ces cas anciens à tissus osseux et périphériques sclérosés, l'opération est simple et assez facile, tout en demandant toujours des précautions minutieuses pour la taille et la mobilisation du volet.

Pour tailler le volet osseux, il faut d'abord bien mesurer l'étendue de la cavité, sa profondeur et sa largeur et rechercher s'il y a pas, au-delà du fond perceptible, de petits séquestres encore enfouis dans les granulations ou des foyers de suppuration disséminés dans le tissu spongieux. On ne peut découvrir, dans certains cas, que par un examen minutieux, ces reliquats de l'ancienne ostéomyélite et l'on est obligé alors d'agrandir la cavité intra-osseuse. Cela fait on arrête les limites inférieure et supérieure du volet et l'on détermine en arrière le lieu où l'on établira la charnière. Pour libérer le volet en haut et en bas, on se sert ou du ciseau, ou d'un petit davier-gouge, avec lequel on produit une perte de substance linéaire par le procédé que j'ai décrit depuis longtemps sous le nom de *taille des lambeaux osseux par excision parcellaire* (1). On diminue ainsi la hauteur du volet, ce qui permettra de le rapprocher plus facilement de la paroi opposée et laissera en haut et en bas un espace linéaire libre pour l'écoulement des liquides. On fera tantôt en volet externe, tantôt en volet interne, selon la forme de la cavité et la disposition de ses parois. Mais le rapprochement d'un volet postéro-externe sera gêné par la résistance du ligament inter-osseux. Le double lambeau de Schulten avec section transversale de la diaphyse du tibia sera applicable dans les cas de déformation considérable de l'os. Le volet interne unique nous paraît généralement devoir suffire.

Avec un ciseau ou une cisaille, on peut très bien tailler le lambeau, mais on risque de faire des éclats, surtout si le tissu osseux est friable. Avec la section par excision parcellaire, on va plus lentement, mais le volet reste intact. Quant à la section postérieure, c'est-à-dire à la section qui doit réunir les deux extrémités postérieures des incisions latérales et constituer la charnière sur laquelle le volet pourra tourner, on la fait avec un ciseau étroit ou large, selon les cas. Une fois l'os sectionné, il est généralement difficile de le mobiliser, car il ne suffit pas d'une simple section, il faut enlever une bande osseuse tout le long, de quatre à cinq millimètres (selon l'épaisseur de l'os). Sans cet espace vide, le volet ne peut pas pivoter et il est impossible de l'amener vers le centre de la cavité. Le volet osseux doit être laissé en rapport par sa face externe avec les parties molles et la peau, de manière à avoir pour les os superficiels un lambeau ostéo-cutané. Ces tissus périphériques sont les agents de nutrition et la meilleure condition de la fécondité ossifiante du périoste. Il faudra donc les séparer le moins possible du volet osseux, et pour faciliter la mobilisation de tous ces tissus, on fera une incision libératrice de la peau et des tissus sous-cutanés, parallèlement au grand axe de la brèche osseuse. Mais il y a encore d'autres obstacles qui peuvent empêcher le volet de pivoter, c'est l'induration du périoste et des couches périostales qui manquent de souplesse. Il faut alors retrancher un peu plus du bord postérieur du volet, inciser au besoin le périoste au niveau de la charnière, mais ne pas oublier à ce moment la présence des vaisseaux tibiaux postérieurs. On finit alors par avoir un volet mobile sur ses gonds représentés par le périoste postérieur; mais il n'en est pas toujours ainsi et nous avons été obligé d'enlever près d'un centimètre en arrière, et dans un cas même, après des essais infructueux, nous avons renoncé au volet osseux, faute de pouvoir le mobiliser suffisamment et l'adapter régu-

(1) C'est le procédé dont on s'est servi dans ces derniers temps pour faire des craniotomies linéaires (Lannelongue) ou découper de vastes lambeaux crâniens (Doyen). L'appareil instrumental de ce dernier chirurgien permet de découper rapidement ces lambeaux pour les résections temporaires.

lièrement; nous avons seulement conservé le périoste. Il est vrai que l'os était très dur, hyperostosé et que sa solidité n'en fnt pas atteinte.

Dans le cas cependant où on ne peut rapprocher complètement le lambeau ossenx de la paroi opposée, il ne faut pas l'enlever; il vaut mieux, après l'avoir mobilisé, l'abandonner à lui-même.

La rétraction secondaire fera ce qu'on n'a pu obtenir au moment de l'opération. Le lambeau osseux mobilisé sera pen à peu attiré en dedans par les granulations qui s'organiseront. C'est le procédé que je recommande de préférence dans les opérations précoces, et, à plus forte raison, dans les opérations préventives, c'est-à-dire quand, an moment de l'opération d'évidement, jugeant la réparation naturelle difficile, on veut par avance mobiliser une des parois de la cavité.

Lorsqu'il n'y a pas moyen de tailler un volet latéral ou des volets multiples suffisants par leur réunion pour combler la brèche, que la portion d'os qu'on croyait assez saine pour servir à la confection de ces lambeaux a dû être sacrifiée et que, d'autre part, le périoste n'est pas dans les conditions requises pour redonner à l'os sa solidité, on peut, avec la scie à volant ou toute autre scie circulaire mue mécaniquement, découper un lambeau osseux sur les côtés ou au-dessous de la cavité, selon la forme de l'os, et le remonter dans son intérieur par glissement, en ayant soin d'avoir conservé des adhérences périostiques suffisantes. Nons recommandons de ne pas interrompre la continuité avec l'os, parce que, dans des tissus infectés comme ceux des vieilles ostéomyélites, on risquerait de faire manquer la greffe si le transplant n'était pas suffisamment nourri par un pont de parties molles. La greffe peut réussir cependant malgré l'isolement complet du transplant, et nous avons fait connaître, il y a dix ans, un cas de greffe d'os de chien dans une cavité de la région juxta-épiphysaire supérieure du tibia résultant du passage d'une balle.

La désinfection prolongée et minutieuse que nous fîmes subir à la cavité permit au transplant d'adhérer et de vivre. Mais d'une manière générale, dans les ostéomyélites diffuses les chances d'infection sont trop considérables pour qu'on puisse toujours compter sur le succès de ce genre de greffe, et de toute greffe soit homoplastique, soit hétéroplastique. Le succès est subordonné tout d'abord à la possibilité de désinfecter toute la cavité, non seulement dans ses tissus apparents, mais dans ses tissus profonds. Ce qui est facile sur des fractures, des pseudarthroses et des plaies récentes est d'une grande difficulté dans certains tissus depuis longtemps infectés.

Une des questions les plus intéressantes à discuter, c'est celle du moment où il faut mobiliser la paroi osseuse. A propos de l'ablation de cette paroi, nous avons dit plus haut que nous la pratiquions souvent préventivement, quand les difficultés de la cicatrisation spontanée nous apparaissaient clairement. Il en est de même pour la formation du volet osseux.

Dans quelques cas, après avoir pratiqué l'évidement, nous avons, sans tailler un volet régulier, assoupli par quelques coups de ciseau et de cisaille, la paroi que nous regardions comme devoir être très lente à se rapprocher, et à plus forte raison si elle nous paraissait être dans l'impossibilité de rejoindre jamais la paroi opposée. Nous aurions même plus souvent opéré ainsi, si nous n'étions pas toujours préoccupé, dans les ostéomyélites, de la difficulté de déterminer leurs limites réelles et si nous ne tenions à avoir, pendant un certain temps, la plaie béante sous nos yeux à chaque pansement. Nous nous élevons toujours, à propos de ces formes graves et diffuses de l'ostéomyélite contre la recherche des guérisons trop rapides. Mais tout en ouvrant largement les foyers de l'ostéomyélite, on peut diriger son opération de manière à faciliter le plus possible la cicatrisation naturelle. D'abord on doit faire ces larges brèches en conservant le périoste qui recouvre la face antéro-interne du tibia. On relève des lambeaux périostéo-cutanés, et bien qu'on ne les réunisse pas au devant de la cavité une fois l'évidement terminé, on augmente pour l'avenir la résistance de l'os. On peut, du reste, secondairement, ramener ces lambeaux vers le centre de l'os, une fois la cavité détergée et recouverte de granulations. S'il résulte de l'évidement une cavité trop profonde, il faut en exciser les bords pour diminuer sa profondeur, et on aura plus tard un os moins épais, mais plus large transversalement.

L'importance que j'attache à laisser ouvertes, pendant un certain temps, les plaies résultant de l'évidement après les ostéomyélites diffuses fait que je ne suis pas partisan de l'opération que Bier a décrite sous le nom de *nécrotomie ostéoplastique*, et dans laquelle, après avoir détaché un ou deux volets osseux pour pouvoir nettoyer la cavité médullaire, il rapproche immédiatement ces volets une fois le nettoyage terminé. Quelque séduisante qu'ait pu paraître cette opération aux yeux de quelques chirurgiens, elle ne doit avoir que des indications tout à fait

exceptionnelles. Elle ne serait, du reste, acceptable à nos yeux qu'autant qu'on tiendrait le volet soulevé pendant un certain temps pour laisser le fond de la plaie à découvert, et qu'autant que le volet, malgré sa réapplication, laisserait un espace suffisant pour l'évacuation des liquides formés dans le caual médullaire. C'est au point de vue de la conservation de la forme du membre qu'elle a été proposée; mais il est plus simple alors de faire, dans les cas de gravité moyenne, des trépanations multiples ou des tranchées étroites qui se combleront facilement et ne laisseront pas de difformités permanentes. Quant aux formes graves et diffuses, il y a, nous le répétons, une indication capitale à remplir : c'est d'ouvrir largement et de tenir l'ouverture béante pendant tout le temps nécessaire pour la détersion du foyer. Ce que nous admettons seulement dans certains évidements longitudinaux de la cavité médullaire, c'est le recouvrement partiel de cette cavité dans laquelle on aura passé un gros drain. Nous l'avons fait plusieurs fois après l'extirpation hâtive de la diaphyse nécrosée, et voici comme nous avons procédé. Une incision longitudinale étant faite d'une épiphyse à l'autre, intéressant la peau, le périoste et les couches ostéoïdes sous-jacentes, nous soulevons, avec le ciseau ou un fort détache-tendon, la paroi ostéoïde et même osseuse de nouvelle formation, nous enlevons l'os ancien nécrosé et nous réunissons vers la partie moyenne de l'os les deux lèvres de la plaie. Mais nous prévenons toute rétention par un drain occupant toute la longueur du caual médullaire et une épaisse mèche de gaze iodoformée à chaque extrémité de la plaie.

Pour en revenir au comblement des larges cavités post-opératoires, intentionnellement laissées ouvertes pour l'évacuation des produits de l'ostéomyélite suppurée, je me résumerai en disant qu'on peut obtenir leur oblitération par la mobilisation d'un volet latéral, en se comportant toutefois de diverses manières :

On peut abandonner ce volet à la rétraction naturelle des granulations intra-cavitaires, sans le fixer par la suture ou une cheville à la paroi opposée, toutes les fois qu'il y a lieu de craindre la rétention du pus ou des parcelles séquestrales. Mais dès qu'une membrane granuleuse, régulière, uniforme, tapisse l'intérieur de l'os, et que rien (trajets intra-médullaires, tuméfaction et foyers purulents extra-osseux) n'indique la présence de foyers profonds ou de parcelles séquestrales à éliminer, on peut procéder au rapprochement des parois de la cavité.

Je rapproche le volet de la paroi opposée, et je les fixe par une ou plusieurs vis métalliques (de préférence à la suture), en laissant la place des drains d'écoulement au-dessus et au-dessous.

On peut, avec ces précautions, obtenir la réunion immédiate du volet et sa consolidation (apparente du moins) au bout de cinq à six semaines. On drainera, du reste, d'autant plus soigneusement qu'on aura moins de certitude sur la désinfection absolue du foyer.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juillet.

Abcès du foie.

M. Berger rapporte l'observation d'un malade atteint d'abcès du foie qui se montra dans les conditions suivantes :

Ce malade avait eu la dysenterie aux colonies, il y a sept ans.

Au cours de cette dysenterie, il avait souffert d'une vive douleur hépatique. En 1896, après une poussée de griffe thoracique, il eut du subictère avec état cachectique très marqué. Quand M. Berger l'examina, il vit une voussure de l'hypochondre droit, qui, ajoutée aux autres signes cliniques, lui fit porter le diagnostic d'abcès central du foie.

Bientôt, le malade rendait par vomique une grande quantité de pus mêlé de sang. L'évacuation continua quelques jours.

M. Berger intervint et réséqua la septième et la huitième côtes, fit l'incision du diaphragme, et trouva une collection énorme de pus. Les suites opératoires furent bonnes et le malade guérit.

L'orateur insiste sur ce fait que sept années ont séparé le temps écoulé entre la fin des accidents dysentériques et le début des accidents hépatiques. Sans les antécédents dysentériques, on eût été porté à penser à un kyste hydatique.

M. Rendu a observé un cas où l'abcès du foie s'était montré dix ans après la dysenterie. Ici, aussi, c'était une poche énorme. Le pus qu'elle contenait était stérile.

Un cas de gastrectomie.

M. Péan rapporte le cas d'un malade de 56 ans, souffrant d'une tumeur de l'estomac avec hématémèse et état cachectique avancé.

Il fit une incision médiane épigastrique, et vit une tumeur occupant le pylore et la moitié droite de l'estomac. Il l'excisa entre des pinces à mors longs placées à

cinq centimètres au-delà des limites de la tumeur. Des surjets de soie fermèrent la plaie, dans la partie supérieure de laquelle fut introduit un bouton de Murphy.

Les suites furent bonnes, et la malade a gagné déjà vingt-cinq kilogrammes.

Guérison d'un cas de tétanos par les injections du sérum antitétanique.

M. Wehlin cite l'observation suivante : un ouvrier de quarante-un ans, atteint de plaie de la main, présente le 21 mai, des symptômes de tétanos graves. Aussitôt on injecte trente centimètres de sérum antitétanique. Le lendemain, les accès continuent; on injecte vingt nouveaux centimètres cubes. Le 25, injection de trente centimètres cubes; le 26, de quarante. A ce moment, le malade commence à desserrer les dents; il garde bientôt après ses matières et ses urines. L'amélioration continue, si bien que le 10 juin il peut se lever. Le 20 juin enfin, disparition de la contracture des muscles de la mâchoire, qui constituait le dernier symptôme persistant.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Kyste dermoïde suppuré de la grande lèvre.

M. Chavannaz. — La nommée Jeanne D..., 34 ans, est entrée à l'hôpital pour une tumeur apparue il y a douze ans, alors que la malade était au deuxième mois de sa grossesse. Elle a été incisée, mais il est toujours resté dans la grande lèvre un noyau qui nécessita l'ouverture au bistouri à plusieurs reprises. Depuis décembre dernier la tuméfaction donne issue à un pus, tous les huit jours.

Cette tumeur est fluctuante et du volume d'une mandarine.

Le 23 janvier extirpation.

Le 6 février, guérison complète.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde.

(*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 8 juillet 1897.)

Néphro-lithotomie pour ablation d'un calcul d'oxalate de chaux d'un caractère peu commun.

M. Battle a opéré une jeune fille de 19 ans envoyée par M. Relton de Rughy, qui l'avait vue dix ans auparavant et qui alors avait fait le diagnostic d'un calcul situé dans le rein droit et fixé dans un des calices; il ne l'avait revue que récemment lorsqu'il avait été appelé auprès d'elle à l'occasion d'une hématurie. Il paraît qu'elle avait eu de la douleur dans le rein droit de temps en temps depuis qu'il l'avait visitée la première fois, mais pas de colique néphrétique ni d'hémorragie importante. On l'avait pourtant considérée comme maladive et elle souffrait de douleurs dans le rein si elle faisait un exercice un peu violent.

Lors de son admission à l'hôpital de Saint-Thomas elle paraissait être en bonne santé, mais elle se plaignait de douleur dans la région du rein qui ne paraissait que lorsqu'elle bougeait. Il n'y avait pas de sensibilité sur la région du rein ni de rigidité des muscles; il y avait un peu d'albuminurie et on trouva quelques cristaux d'oxalate de chaux sous le microscope. On l'observa pendant un certain temps et elle fut examinée par M. Hawkins qui fut d'accord avec le diagnostic de M. Relton et en même temps convint qu'une opération était nécessaire.

M. Battle fit l'incision lombaire ordinaire jusqu'au rein et sentit immédiatement un calcul. Le rein fut pressé vers la surface et au moyen d'une sonde cannelée une ouverture fut faite sur la pierre. Un doigt passé à travers cette ouverture démontra que le calcul avait une face libre curieuse du côté du bassinet, couverte d'une série d'élévations tranchantes; la base de la pierre était apparemment scellée dans la substance rénale que l'on fut obligé de séparer avec une sonde. Le calcul était de la grosseur du bout du pouce et présentait sur sa surface libre une disposition rare de grands cristaux hexagonaux très pointus. L'hémorragie fut libre, mais pas excessive. La plaie fut fermée et un drain inséré. M. Battle dit que l'explication du peu de trouble produit par le calcul est évidemment qu'il était resté fixé dans le calice selon le diagnostic fait par M. Relton dix années auparavant.

(*Méd. mod.*, 7 juillet 1897.)

Tumeur expulsée spontanément de l'utérus ayant donné lieu à des métrorrhagies continuelles pendant dix mois.

M. Audebert cite le cas d'une dame qui a eu quatre grossesses; la troisième seule s'est terminée par un avortement à quatre mois, les deux premières et la dernière ont été normales; le dernier accouchement date du commencement de 1896; la délivrance a été complète, paraît-il. Assez irrégulièrement menstruée depuis son premier enfant, elle n'a rien remarqué de particulier pendant la première moitié de cette année 1896; les règles avançaient ou retardaient, mais de quelques jours seulement; à aucun moment, elle n'a ressenti les troubles qui marquent d'ordinaire le début d'une grossesse; en résumé, elle n'était nullement malade quand, au mois d'août 1896, elle commença à perdre du sang en dehors des règles : depuis lors, cet écoulement a été quotidien, en quantité minime, mais incessant; pas de douleurs abdominales, pas de gonflement des seins, pas d'hydrorrhée, pas d'expulsion de corps embryonnaire ou de débris placentaires ou membraneux.

Cet état persiste jusqu'au samedi 5 juin; ce jour-là, des douleurs expulsives assez violentes apparaissent et

continuent sans laisser de répit à la malade, jusqu'au moment où elle expulsa (lundi 7 juin) la tumeur que vous avez sous les yeux.

Appelé, à ce moment, par notre confrère le Dr Rocaz je constate que l'utérus renferme encore de volumineux débris très adhérents que mon doigt ne peut détacher de la paroi; les pertes devenant fétides, le lendemain je pratiquai un curettage complet de la cavité utérine, qui me permit de retirer des masses membraneuses, très analogues à une caduque épaissie et infiltrée. Aujourd'hui, la malade est en bon état.

Il me paraît assez difficile pour le moment, d'après les renseignements très vagues que j'ai pu obtenir et d'après l'examen macroscopique, de préciser de quelle nature est la tumeur expulsée par cette femme; d'après la marche des accidents, il semblerait que l'on devrait penser plutôt à une rétention prolongée d'une partie de l'arrière-faix, rétention restée silencieuse pendant longtemps, et se révélant tout d'un coup par des hémorrhagies répétées. Que ce placenta, si placenta il y a, soit resté indemne de toute modification ou ait subi des ulcérations dégénératives et prolifératives semblables à celles que nous avons décrites récemment, mon ami Sabrazès et moi (*Ann. de Gynécol.*, avril 1893); c'est ce que l'analyse microscopique nous apprendra bientôt.

(*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 4 juillet 1897.)

Fibrôme de l'utérus avec albuminurie.

M. Fraikin présente un volumineux fibrôme développé dans la paroi postérieure de l'utérus et provenant d'une malade opérée le mois dernier dans le service de M. Boursier. Elle présentait, surtout depuis un an, des phénomènes fonctionnels graves : des douleurs vives, des ménorrhagies et des métrorrhagies, de la constipation, de l'hydrorrhée, de la rétention d'urine, un état général très affaibli. En outre, des analyses répétées de l'urine, émise en faible quantité, y décelèrent la diminution de l'urée et la présence de quarante centigrammes d'albumine, mais jamais de cylindres.

A l'examen physique, on notait le volume considérable du ventre, rempli par une tumeur remontant un peu au-dessus de l'ombilic, située sur la ligne médiane, dure, un peu lobulée. Au toucher, on sentait que cette même tumeur remplissait le bassin, le col utérin ayant presque disparu. L'hystérométrie donnait quatorze centimètres et demi.

Dans le service, la malade eut une nouvelle hémorrhagie très grave. Lorsqu'elle fut terminée et que l'affaiblissement eut été un peu surmonté par une médication tonique, on se décida à intervenir.

L'hystérectomie abdominale totale fut pratiquée et se passa sans incidents, malgré le volume de la tumeur et l'existence de quelques adhérences. Mais le lendemain de l'opération, la malade, qui était restée très affaiblie et avait de l'anurie presque absolue, succombait au choc opératoire. Elle avait eu une assez forte élévation de température.

A l'*autopsie*, nous n'avons rien découvert d'anormal dans la cavité péritonéale. Aucun signe d'hémorrhagie ni d'inflammation.

Les reins étaient à peu près normaux comme volume et comme poids. A la coupe, ils ont paru congestionnés, très friables, la zone corticale se délimitant mal du reste de l'organe.

A l'examen histologique, nous avons reconnu qu'il y avait un grand développement des vaisseaux, un état ratatiné des glomérules et la présence de nombreux cylindres hyalins. La malade avait donc de la néphrite chronique, et cette lésion a sans doute joué le plus grand rôle dans la production du choc post-opératoire.

Nous avons cru intéressant de vous présenter cette observation, d'abord au point de vue anatomique, étant donnés le volume de la tumeur et ses caractères qui en font un type parfait de fibrôme interstitiel, puis en raison de cette albuminurie. Ce symptôme, en effet, qui ne s'accompagnait, à part les variations du chiffre de l'urée, d'aucun autre phénomème de néphrite, devait être plutôt attribué à la compression qu'à une lésion rénale, et entraînait par suite la nécessité d'une intervention rapide, alors qu'il y aurait eu indication de s'abstenir si l'on avait diagnostiqué une néphrite nettement établie.

(*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 4 juillet 1897.)

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Imperforation du rectum.

MM. Lafarolle et **Ozou** présentent des pièces provenant d'un enfant âgé de 3 jours atteint d'imperforation du rectum.

Né à terme, du sexe masculin, le sujet a été l'objet d'une intervention chirurgicale.

L'anus fut incisé, le périnée divisé couche par couche jusqu'à une profondeur de dix centimètres environ sans résultat; on tenta alors de pratiquer un anus iliaque artificiel. Le côlon iliaque fut découvert par une incision de cinq centimètres, mais il était accolé si intimement à la paroi lombo-iliaque qu'il fut d'abord impossible de l'attirer au dehors; on cherche alors à ouvrir l'S iliaque pour obtenir une évacuation abondante. L'anse est enfin attirée au dehors, fixée et incisée; mais l'évacuation des matières fécales ne se fait pas et l'enfant meurt six heures après l'opération qui a duré deux heures.

L'autopsie, faite le lendemain, prouve qu'il n'y pas eu d'erreur opératoire. L'anse iliaque incisée, ne possédait pas de mésocôlon, ce qui explique la difficulté de l'attirer au dehors. De plus, elle occupe une position normale, elle suit en effet la ligne d'insertion habituelle; de la fosse iliaque elle remonte vers la troisième lombaire pour

redescendre verticalement dans le bassin. Là elle se termine brusquement par une cavité ampullaire énorme (ampoule rectale) qui semble moins le résultat d'une dilatation que d'un vice de développement. Un véritable étranglement sépare en effet l'anse de l'ampoule. Pas de communication avec la vessie.

On ne constate pas d'autres malformations.

(*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 8 juillet 1897.)

Ablation de l'appendice et d'une petite tumeur de l'ovaire dans un cas où les symptômes étaient ceux d'une appendicite intermittente.

A l'hôpital Saint-Thomas, **M. Battle** a opéré une femme de 33 ans qui avait souffert d'attaques répétées de douleurs au côté droit de l'abdomen depuis plus de trois ans. Ces attaques avaient été fréquentes et sévères, de sorte que la malade avait été alitée pendant leur durée et n'avait pu faire son métier de danseuse. La douleur arrivait sans avertissement et la malade indiquait la région de la fosse iliaque droite comme le siège de sa plus grande souffrance. Après une attaque, l'on ne pouvait découvrir aucun gonflement ni aucune sensibilité dans la région de l'appendice, mais la malade constatait que la douleur avait existé au point de Mac Burney. Les règles avaient été un peu irrégulières et elle avait eu un écoulement vaginal dont le caractère restait incertain. Les attaques l'avaient tellement fait souffrir qu'elle désirait beaucoup se soumettre à n'importe quelle opération qui lui promît une chance de guérison.

A son admission l'on ne pouvait sentir rien d'anormal par le vagin ni à travers les parois abdominales et l'état général était satisfaisant. M. Battle opéra par la méthode qu'il a suggérée pour l'ablation de l'appendice dans les cas d'appendicite intermittente. L'incision fut faite à peu près à moitié chemin entre l'épine antérieure supérieure et le nombril; on incisa le tendon de l'oblique externe et la gaine du grand droit fut ouverte à une distance d'environ un pouce de son bord interne; le muscle fut séparé de sa gaine et attiré vers le nombril par des rétracteurs; la couche postérieure de la gaine, l'aponévrose du transverse et le péritoine furent alors divisés à environ trois quarts de pouce du côté interne de la marge de la gaine; les bords de la plaie dans la paroi abdominale furent alors librement rétractés et le cæcum se présenta immédiatement. L'appendice qui était un peu allongé et un peu grossi à son extrémité se trouvait sur la surface de cette partie des intestins. Des éponges furent mises tout autour afin d'isoler cette région et l'appendice enlevé. Il y avait un mésentère bien marqué pour l'appendice qui s'étendait à peu près à un pouce dans sa longueur; ce mésentère fut divisé en segments par des ciseaux jusqu'à sa base, tout vaisseau saignant étant assuré avec des pinces, puis l'appendice fut amputé par la méthode de manche d'habit, le moignon fut touché avec une solution de perchlorure de mercure (un pour cinq cents) et le péritoine assujetti et fermé par-dessus par des sutures de Lembert; environ douze sutures furent insérées dans le but de les étendre bien au delà du moignon de l'appendice et d'inclure la surface vive laissée après la division du mésentère de l'appendice.

Comme les symptômes n'étaient point définitivement ceux d'une appendicite intermittente simple et comme l'appendice lui-même ne montrait que des signes légers d'affection, on jugea prudent d'explorer avec la main l'état des organes pelviens. On trouva un gonflement à droite de l'utérus et attaché à sa surface postérieure; cette tumeur paraissait liquide, mais sa nature était douteuse; il était pourtant évident que c'était un état morbide ou de l'ovaire ou de la trompe de Fallope et que son ablation était nécessaire.

Une grande éponge fut donc placée sur la plaie déjà faite et une incision médiane rapidement pratiquée à travers la paroi abdominale sur la main de l'opérateur introduite à travers la plaie iliaque. On découvrit alors que la tumeur était un kyste de l'ovaire qui s'était enflammé et était devenu adhérent. Il était de la grandeur d'un œuf de canard. On put séparer les adhérences et les attaches avec le doigt et deux ligatures suffirent pour assurer le pédicule. La trompe était normale et il n'y avait aucun signe de suppuration dans le kyste ou dans ses environs. L'incision médiane fut fermée en deux couches, le péritoine par une suture continue et le reste par des sutures interrompues qui comprirent la peau et les tissus fibreux. La plaie iliaque fut fermée en couches après enlèvement des éponges.

M. Battle insiste sur la difficulté qu'on éprouve quelquefois de faire le diagnostic entre un cas d'appendicite et un cas d'affection des annexes de l'utérus et il pense qu'il est convenable, dans tous les cas d'affection intermittente de l'appendice ou dans les cas où une affection intermittente de l'appendice est soupçonnée, d'examiner l'état des annexes de l'utérus. Il connaît plusieurs cas où par suite de la négligence de cette précaution le chirurgien n'a pu remédier à un état qui était probablement la principale sinon la seule cause des symptômes. Il arrive parfois qu'une salpingite n'est pas reconnue et la malade meurt des suites de cette négligence.

L'opération, qu'il fait dans les cas où il est nécessaire d'examiner et peut-être d'exciser l'appendice, a donné entre ses mains des résultats toujours excellents aussi bien pour l'ablation immédiate de l'appendice que pour l'empêchement futur de hernie. Certainement elle est un peu plus longue, mais l'immunité qu'elle donne contre toute hernie dans l'avenir est un avantage si important qu'il vaut bien les soins et le temps qu'exige l'opération. Il a vu une hernie bien incommode se produire après d'autres méthodes d'opération, tandis qu'il connaît des malades opérés par sa méthode capables d'entreprendre

des efforts physiques sans aucun danger. On a pu remarquer dans le cas présent la facilité avec laquelle l'appendice a été exposé et enlevé. Lorsqu'on ouvrit l'appendice, on trouva la membrane muqueuse épaissie et montrant des signes d'inflammation chronique; il est donc probable qu'il y avait eu une affection de l'appendice en même temps qu'une affection de l'ovaire et il n'est pas possible de comprendre comment une tumeur kystique de l'ovaire de la grandeur de celle enlevée soit restée si petite après une durée de trois ou quatre ans. Dans ces circonstances, l'ablation de l'appendice était pleinement indiquée quoiqu'il n'y eût point des signes d'inflammation à son entour.

(*Méd. mod.*, 7 juillet 1897.)

CHIRURGIE DES MEMBRES

Le diagnostic du pied-plat.

M. P.-H. Galloway (de Toronto, Canada) résume ainsi cette question en s'appuyant sur les points suivants :

1° *Douleurs.* — Le premier et le plus constant des symptômes, c'est la douleur. Elle varie suivant les différents cas : sensation de gêne, malaise, sensation de fatigue, faiblesse des pieds, souffrances vives, voilà les diverses formes qu'elle peut revêtir. Elle est généralement localisée au côté interne du pied et de la cheville ; mais elle peut bien aussi se trouver au côté dorsal du pied, au centre du talon, ou même au niveau de la malléole externe, et de là rayonner dans la jambe et la cuisse. Elle s'aide au repos et s'exagère lorsque le patient se tient longtemps debout ou marche. Elle peut augmenter ou non pendant les temps humides. On ne doit pas perdre de vue qu'elle n'est pas toujours proportionnée au degré de gravité du cas, traduit par la déformation. D'un côté de violentes douleurs accompagnent parfois de faibles degrés de pronation; tandis que dans les déformations développées, lorsque la pronation a atteint un très haut degré, qu'elle s'accompagne de valgus et que la voûte plantaire s'est affaissée, le patient souffre parfois moins qu'au début de l'affection. Cela s'explique par ce fait, qu'au début la traction et la tension exercées sur les ligaments, les changements de relation des surfaces articulaires, sont des conditions nécessaires à la production de la douleur. Une fois la déformation développée la douleur cède peu à peu.

2° *On constate souvent des points sensibles.* — Ils peuvent être localisés au côté interne du pied, un peu au-dessous et en face de la malléole interne au côté dorsal du pied, juste en face de la cheville, au centre du talon, à la base des premier et cinquième os métatarsiens et près de la malléole externe. Le plus constant de ces points est situé au-dessous et en face de la malléole interne, il se découvre le mieux par la pression exercée en ce point avec le pouce. D'une main, on maintient le talon, tandis que de l'autre on fait subir à la partie frontale du pied une torsion en dedans, mouvement qui se passe dans l'articulation médio-tarsienne.

3° *Limitation du mouvement.* — Supposons que le pied soit à angle droit avec la jambe ; dans ce cas, il est, en temps ordinaire, susceptible de quatre mouvements différents : flexion dorsale, flexion plantaire, pronation, supination. Le degré auquel peuvent être portés ces mouvements varie. Cependant, on peut dire que le degré normal de mouvement volontaire varie entre 10 et 20 degrés pour la flexion dorsale, entre 40 et 50 degrés pour la flexion plantaire, entre 25 et 30 degrés pour la supination, et entre 30 et 35 degrés pour la pronation. — Les manipulations passives peuvent naturellement porter l'extension de ces mouvements encore plus haut. Dans les cas de pieds plats, il y a une certaine limitation de ces mouvements ; l'exception à cette règle s'observe chez les enfants et dans des cas où l'affection est secondaire à la paralysie infantile; dans ces derniers cas, il peut y avoir une mobilité anormale lorsqu'on la provoque par la manipulation passive.

La limitation du mouvement peut être due à un spasme musculaire réflexe, ou à des adhérences, ou aux deux causes combinées ; dans les cas très graves, la rigidité peut être si grande que le pied se trouve fixe, immobile, dans la position de pronation. Cette limitation du mouvement donne au patient une appréhension inconsciente de marcher sur un sol raboteux, inégal, parce que les pieds sont alors sujets à de légères tensions et tractions qui sont douloureuses.

4° *Perte de l'élasticité de la démarche.* — Le patient sent que ses pieds ont perdu leur ressort. Il marche les pieds dans la position d'éversion, de pronation et du valgus, et le contact des pieds avec le sol manque d'élasticité, de vie et de grâce. Lorsque les pieds sont très douloureux, le patient prend l'habitude de marcher sans étendre entièrement les genoux, le buste incliné en avant et les épaules tombantes.

5° *Le patient se plaint* de ce que ses pieds sont ou chauds et gonflés, ou froids et engourdis ; généralement, ceux-ci sont sujets à une transpiration profuse, on sont, du moins, anormalement moites et gluants.

6° *Le gonflement des pieds et parfois des jambes* existe généralement et se manifeste surtout lorsque le patient s'est tenu longtemps debout ou qu'il a marché beaucoup. Les pieds sont congestionnés, la circulation est imparfaite, et comme le gonflement va grandissant durant la journée, il arrive que, le soir venu, le patient se trouve gêné dans des souliers trop larges le matin.

Voilà les symptômes du pied-plat. Certes, il ne faudrait pas croire qu'ils existent tous, nécessairement, au même moment, ou qu'ils soient prononcés dans tous les cas où ils sont présents.

L'affection peut, naturellement, présenter les nuances de développement les plus variées.

Le facteur le plus important dans le diagnostic, c'est l'existence d'un ou de plusieurs des éléments de déformations : pronations, valgus et voûte déprimée. L'inspection du pied suffit à déterminer s'il y a pronation et valgus. L'examen des souliers portés par le patient présente un certain intérêt instructif dans le cas de pronation, comme le poids du corps porte surtout sur le côté interne du pied, la semelle de ce côté est très usée Pour le pied valgus, on peut en prendre sur le papier, le contour au crayon.

La dépression de l'arc peut être déterminée à l'œil, le meilleur moyen de la reconnaitre c'est de prendre l'empreinte du pied, le poids du corps pesant sur lui.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les affections qui sont les plus susceptibles d'être confondues avec le pied-plat sont : le rhumatisme, l'ostéite du tarse, la foulure du pied ou de la cheville, le pied contracturé et la métatarsalgie. C'est certainement avec le rhumatisme que le pied plat est généralement confondu. Il est certain que quantité de malades sont traités pour rhumatismes sans aucun résultat, et qui pourraient être rapidement guéris s'ils étaient soignés pour pied plat. Les commémoratifs importent beaucoup dans l'établissement du diagnostic différentiel.

Dans ce cas, l'examen du pied, la présence ou l'absence de pronation, de valgus et de dépression de la voûte, préviendra toute erreur. Certes, le rhumatisme peut accompagner le pied-plat, compliquant ainsi très sérieusement le diagnostic. S'il y a doute que ce soit l'un ou l'autre, on essaiera alternativement des traitements appropriés aux deux cas ; en effet, les remèdes contre le rhumatisme ne font pas disparaître les symptômes qui résultent d'un dérangement du mécanisme du pied, et ainsi du traitement orthopédique.

L'ostéite du tarse est plus rare que le pied plat. Il y a généralement des antécédents de tuberculose. L'état induré de la membrane synoviale, causant souvent l'épaississement des os du tarse, peut se révéler à l'examen attentif, et ce grossissement est persistant et ne disparaît pas au bout de quelques heures de repos, comme le gonflement observé dans le pied-plat.

Dans les cas de foulure du pied ou de la cheville, on observe un traumatisme antérieur. Mais il ne faut pas toujours compter que celle-ci soit connue et vous soit confiée par les patients. Car ceux-ci, en commençant à se ressentir des premiers effets de la sur-pronation, sont toujours tentés d'attribuer cette dernière à un faux pas ou à un surmenage.

Le pied contracturé est un état relativement rare et dont la pathologie n'est pas encore bien élucidée. Parfois il est héréditaire; parfois il affecte plusieurs membres de la même famille. Il peut être, à l'occasion, associé à la contraction des doigts de Dupuytren. Il peut développer des symptômes analogues à ceux du pied-plat, mais la déformation entièrement constituée est si différente du pied-plat qu'elle ne peut être confondue avec lui. Au début de l'affection, il peut y avoir quelque doute relativement au diagnostic. La caractéristique du pied contracturé est une élévation de l'arc. Dans les cas avancés, cette élévation est même apparente et visible à l'œil.

Il y a une plus grande prédisposition au varus qu'au valgus ; il y a également une prédisposition marquée à l'équinisme, en sorte que le patient peut être incapable de toucher le sol du talon quand il se tient debout. Les premières phalanges des doigts sont tirées en haut et en arrière, parfois elles sont perpendiculaires, les phalanges médianes et terminales étant simplement fléchies (pied creux, pied en griffe).

La métatarsalgie (maladie de Morton) est une affection douloureuse des nerfs digitaux plantaires. La douleur procède par paroxysmes et est souvent très intense. Les douleurs et la sensibilité sont ordinairement situées près de la quatrième articulation métatarso-phalangienne, parfois aussi dans la deuxième ou la troisième. On découvre le point douloureux en pinçant l'articulation avec le pouce et l'index. Cette affection, lorsqu'elle se produit seule, ne peut être confondue avec le pied-plat, mais, lorsqu'elle est liée à celui-ci, il faut la traiter concurremment avec ce dernier, faute de quoi le résultat du traitement demeure inefficace.

Sous le nom de érythromélalgie, Weir-Mitchell a décrit une affection caractérisée par des douleurs brûlantes dans la plante des pieds dont la peau présente des points congestionnés rouge foncé ou pourpre. La sensibilité y est si grande que la marche est impossible. Cette affection, qui s'observe aussi sur la main, ne peut être confondue avec le pied plat, mais peut lui être associée.

(*Gaz. méd. de Liège*, 8 juillet 1897.)

COU, CRANE, FACE

Le traitement chirurgical de l'hydrocéphalie.

Flœrsheim (*Journ. des Prat.*, n° 24) consacre un article à cette question. De tous les traitements médicaux appliqués à la cure de l'hydrocéphalie, il n'en est guère qu'un seul qui ait résisté à l'épreuve du temps, et auquel on donne quelque succès, parce qu'il répond à une donnée étiologique précise : c'est le traitement antisyphilitique. Devant cette inefficacité de la thérapeutique médicale, on tenta d'abord la compression qui fut rapidement abandonnée comme dangereuse, car elle augmente la tension du liquide intra-crânien ; l'on eut, enfin, recours aux procédés chirurgicaux.

Le chirurgien dispose de deux moyens d'évacuation du liquide céphalo-rachidien : la ponction et le drainage.

La ponction peut être pratiquée au niveau du crâne

ou du rachis; un procédé mixte est celui auquel Glontenay (Chirurgie des centres nerveux) donne le nom de trépano-ponction. La ponction crânienne est un procédé très ancien; Dupuytren, Breschet y avaient eu recours. Elle ne peut se faire, bien entendu, que sur le crâne non ossifié; on la pratique au niveau de la fontanelle antérieure, à l'aide d'un bistouri et d'un trocart.

La ponction rachidienne a son lieu d'élection dans la région lombaire; Quincke la fait de préférence entre le troisième et le quatrième espace intervertébral, qui sont les plus spacieux, avec des aiguilles de 0 millimètre 6 à 1 millimètre 2. Le sujet étant couché ou assis, on enfonce l'aiguille soit directement, soit obliquement en haut en suivant le bord supérieur de l'apophyse; la longueur de pénétration est, d'après Quincke, de deux centimètres chez l'enfant; le mandrin est enlevé; et sans qu'il soit nécessaire de faire l'aspiration, la sérosité s'écoule dans une éprouvette qui la recueille. La canule enlevée, on comprime un instant la plaie qu'on obture à la gaze collodionnée. Un repos au lit, de vingt-quatre heures au moins, est nécessaire. Sahli a essayé deux fois sans succès le drainage avec un tube de caoutchouc. Quincke incise même la dure-mère, pour permettre au liquide sous-arachnoïdien de s'infiltrer dans les tissus environnants.

Qu'il s'agisse de ponction crânienne ou rachidienne, l'évacuation doit toujours se faire avec une extrême lenteur, pour éviter des accidents tels que l'hyperthermie, de la petitesse du pouls, du ralentissement de la respiration, phénomènes qui paraissent tenir à une congestion des centres nerveux.

Quand à la trépano-ponction, exécutée pour la première fois par Bergmann, à l'occasion d'une hydrocéphalie tuberculeuse, on la pratique en appliquant une couronne de trépan de trois centimètres en arrière et au-dessus du méat auditif externe: la dure-mère est ponctionnée ou incisée et permet d'arriver au ventricule distendu.

Le drainage peut se faire au niveau du ventricule; sa technique ne diffère de la trépano-ponction, que par l'introduction d'une canule à demeure, à travers laquelle on peut faire (Keen) un lavage de la cavité, on la pratique encore dans l'espace sous-arachnoïdien-rachidien, avec ou sans laminectomie, ou crânien, au niveau d'un confluent des sinus (confluent bulbo-cérébelleux ou sylvien).

Malheureusement, tous ces procédés chirurgicaux n'ont pas encore donné, jusqu'à présent, des résultats bien encourageants, et les maigres succès signalés sont, soit des guérisons opératoires, soit des disparitions de contracture. Le problème chirurgical est donc encore presque tout entier à résoudre; cependant, quand on considère la gravité du pronostic de l'hydrocéphalie, on peut être autorisé à avoir recours à l'une quelconque de ces méthodes, en présence d'un signe de localisation cérébrale ou d'une augmentation rapide de la tension intra-crânienne.

CHIRURGIE DE L'ŒIL

Ligature de la carotide dans l'exophtalmie pulsatile traumatique.

Schimanowsky rapporte un cas d'exophtalmie pulsatile survenue chez une femme de 52 ans, six semaines après une chute à la renverse. A l'examen, fait trois mois après l'accident, on constata: exophtalmie de l'œil gauche avec pulsations isochrones aux battements du cœur et déplacement de l'œil en dehors et en bas.

L'auteur pratiqua la ligature de la carotide gauche; pendant l'opération on coupa, par mégarde, une petite branche de la veine jugulaire. Immédiatement après la ligature, les pulsations disparurent dans l'orbite et l'exophtalmie diminua. Mais, une heure après, des pulsations, faibles il est vrai, reparurent dans l'angle supérieur et interne, et deux jours après, en changeant le pansement, on constata dans la plaie la présence d'une tumeur qui résultait probablement de l'hémorrhagie provenant de la veine coupée. L'état de l'œil continuait à s'améliorer: cependant, au bout de six semaines, l'exophtalmie redevint ce qu'elle avait été avant l'opération. Ultérieurement, la tumeur sanguine du cou disparut et l'exophtalmie diminua quelque peu.

(*Wratsch*, n° 17, 1897 et *Rev. de Thérap.*, 15 juin 1897.)

De l'eau oxygénée en thérapeutique oculaire.

M. Vacher (d'Orléans). — J'ai déjà fait connaître quelques-unes des applications de l'eau oxygénée en thérapeutique oculaire. C'est un antiputride puissant, un antiseptique de premier ordre, un hémostatique précieux et qui n'est pas toxique. On peut l'employer jusqu'à vingt volumes sans inconvénients. Son action est toujours identique, mais d'autant plus forte et plus rapide que son titre est plus élevé. Je m'en sers dans un grand nombre d'affections oculaires : pour assurer l'asepsie du sol ciliaire avant les opérations, dans les blépharites ulcéreuses, les conjonctivites purulentes et granuleuses, en frictions et irrigations sous-palpébrales; dans les abcès du sac, employée à six volumes, en irrigations. Comme elle n'attaque pas l'épithélium cornéen, elle est précieuse pour révéler la moindre éraillure de la cornée, le plus petit corps étranger. Il s'y forme immédiatement une petite tache blanche due à la mise en liberté d'un peu d'oxygène. Elle est précieuse pour déterger un ulcère avec hypopion. Introduite à trois ou quatre volumes dans la chambre antérieure, elle arrête les hémorrhagies iriennes, modifie les sécrétions de l'iritis. Après une opération de cataracte, s'il y a un retard de cicatrisation, un début de suppuration du lambeau, des applications d'eau oxygénée à cinq ou six volumes, jusque dans la chambre antérieure, favorisent la cicatrisation et arrêtent la suppuration.

(*Rev. de Thérap.*, 15 juin 1897.)

LES LIVRES

Sociétés d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois

Le traitement de l'inflammation cérébrale aiguë, Par A. LUYTEN, docteur en médecine.

La thérapeutique de l'inflammation cérébrale a été jusqu'à présent infructueuse.

Dans son livre l'auteur hollandais indique une nouvelle méthode de traitement qui a produit les meilleurs résultats et donne la marche des expériences qui l'ont conduit à ce traitement.

Les observations sont suivies d'un chapitre « Considération explicative», où il est démontré, que, premièrement, le traitement actuellement suivi a toujours été et doit toujours être néfaste à la marche de la maladie et, deuxièmement, que la thérapeutique indiquée est la seule rationnelle.

Librairie A. Maloine,
23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

La femme aux trois grandes périodes de sa vie : Puberté, union sexuelle, ménopause. — La puberté chez la femme, étude physiologique, clinique et thérapeutique, par les Drs CH. BARBAUD, médecin de la Société des Gens de Lettres (pour la station de Luxeuil), lauréat de la Faculté et de l'Académie de Médecine, officier de l'Instruction publique, membre correspondant et titulaire des Sociétés anatomique, Clinique et d'Hydrologie médicale de Paris et CH. LEFÈVRE, ancien interne des Asiles de la Seine, ancien préparateur à la Faculté de Médecine, lauréat de la Faculté de Médecine, médecin de la Société des Gens de Lettres. Un volume in-18, prix, 4 fr.

Cette intéressante monographie débute par une description très fouillée des divers *processus physiologiques*, dont l'ensemble marque cette délicate période de la vie féminine. Une telle description impliquait forcément un exposé *anatomo-histologique* résumé des organes, en voie d'évolution, qui concourent à la production de ces phénomènes. Comme suite logique à cette entrée en matière, vient la discussion de *l'influence des climats, des conditions sociales*, et de bien d'autres facteurs, susceptibles d'imprimer à ce premier acte de l'existence de la femme une décisive tournure. Ce premier acte est en effet d'une importance capitale, et ne doit pas être confondu avec la nubilité. Cette distinction amène tout naturellement la critique de notre *législation*, au sujet des mariages et surtout des mariages trop précoces. Il y a dans nos lois de saisissants illogismes, qui sont mis en évidence de la plus nette autant qu'originale façon. Très curieuse aussi la narration clinique des *signes physiques et psychiques de la puberté*, tant dans la classe riche que dans la classe pauvre. La psychologie de la virginité et de la « demi-virginité » est touffue de détails analytiques fort clairs.

Nous arrivons ensuite à l'exposition des *états pathologiques* si complexes, dont les causes sont détaillées avec le plus grand soin. Cette partie du travail présente un vif intérêt, surtout celle qui a trait aux désordres de l'appareil utéro-ovarien et aux troubles nerveux, si variés et si protéiformes. Cela, d'autant plus que nos deux confrères ne se contentent point de disserter en philosophes, et qu'ils nous indiquent, après la symptomatologie et le diagnostic, une méthode thérapeutique rationnelle.

Sur ce point encore, de nombreux détails abondent, simples, précis, qui doivent apporter le correctif nécessaire aux manifestations morbides communes à cette période critique de la vie des jeunes filles. Nous entendons parler ici du *traitement hygiénique et moral*, applicables à cette phase si souvent troublée de l'existence virginale. Cette étude se termine par un ensemble de considérations sur le *traitement des troubles et complications* inhérents à cet âge.

Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Le massage appliqué au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition, par le docteur JUVENTIN (de Nice), lauréat de l'Académie de Médecine. Une plaquette in-12, de 83 p., prix 1 fr. 50.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

MM. Launay, 17; Delbet, 15; Thiéry, 19; Glantenay, 14; Auvray, 13; Souligoux, 18; Michon, 18; Jayle, 13; Clado, 16; Guillemain, 19; Reymond, 18; Bouglé, 19; Morestin, 18.

Concours de médecine.

MM. Lamy, 18; Boulloche, 20; du Pasquier, 19.

Voici le nombre des points obtenus par les candidats admis à subir les épreuves définitives : MM. Boulloche, 39; Parmentier, 39; Rénon 39; Aviragnet, 38; Belin 38; Caussade, 38; du Pasquier, 38; Claisse, 37 1/2.

Epreuve orale : MM. Belin 17; Aviragnet, 19; Caussade, 20; Rénon, 20; du Pasquier, 20; Claisse, 20; Boulloche, 19; Parmentier, 18 1/2.

Deuxième épreuve clinique : MM. Aviragnet, 29; Boulloche, 26.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 30 24 Juillet 1897.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'ostéoplastie appliquée à l'occlusion des cavités osseuses accidentelles et en particulier des cavités laissées par les larges évidements des os (1).

Par M. Ollier.

(*Suite et fin.*)

Voici une observation à l'appui des diverses propositions que je viens d'émettre. L'opération date déjà de plus de trois ans et je puis en donner le résultat définitif.

Observation. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité juxta-épiphysaire supérieure de la diaphyse du tibia. — Trépanations multiples et évidement de tout le tissu spongieux infiltré de pus. — Large cavité résultant de cet évidement. Deux mois et demi après la première opération, mobilisation de la paroi interne de cette cavité; taille d'un volet osseux qu'on rapproche de la paroi externe et qu'on fixe par une vis d'acier. Guérison rapide. — Quatre mois après, fracture accidentelle du tibia opéré à sa partie moyenne; pas de retentissement sur le siège de l'ostéomyélite. — État du sujet trois ans et trois mois après l'opération.*

Joseph Pal..., âgé de 16 ans, entre à la Clinique le 29 novembre 1893. Pas d'antécédents dignes d'être signalés. Ce jeune homme avait grandi beaucoup depuis un an; sa santé générale était bonne, mais depuis quelques mois il souffrait un peu en se mettant à genoux. Il y a quinze jours, ces douleurs sont devenues plus vives et continues, à la suite de fatigues occasionnées par sa profession (garçon de recettes) qui l'obligeait à monter des étages toute la journée. Le lendemain de son entrée, on constate un peu de tuméfaction et de chaleur au niveau de l'extrémité supérieure du tibia, sans changement de couleur à la peau. Le soir du même jour, les douleurs devinrent beaucoup plus vives; la température monta à 40, et le surlendemain de son entrée, on l'opéra.

Avant l'opération, on constate qu'il y a une très légère hydarthrose du genou, sans douleurs dans l'articulation. La douleur siège au niveau de la partie juxta-épiphysaire supérieure du tibia, et plus particulièrement en un point correspondant directement au-dessous de l'épiphyse. A ce niveau, la pression du doigt détermine une douleur intense.

Première opération. — Trépanation et évidement. — Incision de quatorze centimètres environ le long de la crête du tibia, un peu en dehors sur la face antéro-interne, de l'épiphyse jusqu'à la limite inférieure de la tuméfaction. La couche sous-cutanée est infiltrée de sérosité, et le périoste est épais et vasculaire. On le détache latéralement avec la rugine et on constate que le tissu spongieux de la diaphyse est sur un point décollé du cartilage de conjugaison. Il s'écoule à ce niveau un peu de pus, mêlé de rares gouttelettes huileuses. L'ensemble de l'os est sensiblement augmenté de volume à ce niveau et cet élargissement paraît s'étendre sur toutes ses faces. La crête de l'os est beaucoup moins saillante qu'à l'état normal. On applique au-dessous du cartilage de conjugaison, en avant et un peu en dedans, une première couronne de trépan et l'on retire une rondelle de tissu spongieux

(1) Extrait de la *Revue de Chirurgie*, n° 4, 10 avril 1897.

entièrement infiltré de pus. On en applique une seconde au-dessous qui présente les mêmes caractères avec un tissu spongieux plus purulent encore. On en applique ainsi cinq, les dernières plus larges, sur une même ligne, ce qui faisait déjà une brèche de dix centimètres, mais on n'était pas arrivé sur les limites de l'infiltration purulente et M. Ollier agrandit encore la brèche avec la gouge, et, comme dans tout le tissu spongieux on trouvait des foyers purulents disséminés, les uns très profonds, il creusa dans l'os une brèche de onze à douze centimètres de long, de trois à quatre de large, et réduisit l'os à sa coque périphérique qui présentait encore quelques points suspects qu'on racla avec le couteau-gouge. En arrière aussi, on alla jusqu'à la couche compacte de sorte que la cavité était profonde de trois à quatre centimètres. En haut, on dut aller jusqu'au cartilage de conjugaison qui formait la limite supérieure de la cavité. En bas, le canal médullaire était oblitéré par du tissu spongieux, et on poursuivit l'évidement jusqu'à ce qu'on ne rencontrât plus de tissu infiltré de pus. On bourra la cavité osseuse de gaze iodoformée et on appliqua une attelle plâtrée à la face postérieure du membre. Le soir la température tomba à 38°,5; la nuit fut calme; les douleurs intenses dont se plaignait le malade la nuit précédente ne reparurent pas.

Au bout de huit jours, la température était redevenue normale; mais le malade avait eu peu de délire la nuit; on l'attribua à l'absorption de l'iodoforme. Bientôt tout rentra dans l'ordre, la plaie bourgeonna et se couvrit au bout de quelques jours d'une couche granuleuse. Quelques parcelles osseuses nécrosées s'éliminèrent peu à peu, et au bout de deux mois toute la cavité était tapissée par une membrane bourgeonnante, rose, vermeille, de meilleur aspect. Mais malgré la végétation de ces granulations de bonne nature les parois de la cavité ne se rapprochaient pas, son ouverture extérieure était toujours la même, et ses parois, qui, après l'évidement qui les avait considérablement amincies, paraissaient jouir d'une certaine souplesse, en certains points du moins, étaient devenues plus résistantes, grâce à l'ossification des couches sous-périostiques qui augmentait leur épaisseur.

Quelle que pût être la puissance réparatrice des végétations intra-cavitaires, et quelque rétraction qu'elles pussent exercer sur les parois, on ne pouvait pas espérer que cette cavité pût être fermée avant de longs mois, si elle pouvait l'être toutefois par les seules forces de la nature; aussi M. Ollier prit-il le parti de la combler par l'ostéoplastie, en mobilisant une des parois latérales et en la fixant contre la paroi opposée.

La plaie ayant été désinfectée autant que possible par des pansements fréquents les jours précédents, M. Ollier procéda à l'opération le 17 février 1894, soixante-dix-neuf jours après l'évidement de l'os.

Deuxième opération. — Ostéoplastie directe; procédé du volet osseux latéral par mobilisation de la paroi interne de la cavité. Fixation par une vis métallique. — A ce moment, l'ouverture de la cavité présentait une forme de raquette à large extrémité supérieure. Elle mesurait en longueur onze centimètres; sa largeur maximum était de trente-six millimètres.

On commence par les deux sections latérales, faites avec un ciseau étroit et bien tranchant, l'une à l'extrémité supérieure de la cavité, l'autre à son extrémité inférieure. On prolonge la section jusqu'à la face postérieure de l'os. On réunit ensuite, par une section longitudinale avec un large ciseau, les extrémités postérieures des sections latérales et l'on circonscrit un lambeau quadrilatéral qui est mobile sur le reste de l'os, mais qu'on ne peut faire pivoter, non pas tant à cause de ses adhérences avec les parties molles que du défaut de jeu qu'occasionne en arrière la rencontre du reste de l'os. Pour le mobiliser, on enlève en arrière une bandelette osseuse de trois à quatre millimètres de largeur environ sans toucher au périoste, qui devait servir de charnière et dont la présence protégeait du reste les vaisseaux postérieurs du membre. On sectionne ensuite le périoste épaissi au niveau des incisions latérales. On peut alors rapprocher le lambeau osseux de la paroi opposée qu'on avive sur la ligne de contact. On égalise avec la cisaille le pourtour du lambeau de manière à rendre son adaptation plus facile. La face périostique du lambeau étant recouverte en grande partie par la peau et les parties molles sous-jacentes, mais ces adhérences ne s'opposant pas au rapprochement du lambeau, on ne fit pas d'incision libératrice sur les parties molles. On enfonça la vis d'acier nickelé à un centimètre du bord, sur la partie du lambeau recouverte par la cicatrice préalablement avivée et on la fixa contre la paroi externe de la cavité. Deux petits drains debout, introduits dans la cavité, en haut et en bas du volet, par deux échancrures qu'on avait ménagées dans ce but assuraient l'écoulement du pus, au cas où il s'en serait produit sous le lambeau osseux. Pour recouvrir la plus grande partie de la plaie osseuse et la suturer dans le sens de sa longueur, M. Ollier mobilisa par deux incisions latérales la peau de la face antéro-externe du membre, qui était beaucoup plus souple que celle qui répondait au volet lui-même. Il la fit glisser en dedans et recouvrit ainsi la tête de la vis et toute la surface de la plaie. Pansement iodoformé; attelle platrée postérieure.

Les suites de l'opération furent aussi simples que possible. Le malade souffrit un peu pendant la nuit, mais le lendemain la douleur avait disparu. On ne touche pas au pansement avant une dizaine de jours, et, en découvrant la plaie, on constate à peine un peu de pus au niveau des drains.

On les remit jusqu'au prochain pansement. Au bout de

vingt-cinq jours, la plaie était cicatrisée; mais on ne toucha pas à la vis qu'on sentait sous la peau.

On ne l'enleva que le 9 mai; le lambeau paraissait alors très solidement uni; l'os s'était sensiblement épaissi à ce niveau et la dépression qu'on constatait immédiatement après l'opération avait à peu près disparu. L'hyperplasie périostique égalisait presque tous les accidents de la surface osseuse.

Quelque temps après, le malade fut envoyé à l'asile des convalescents; il sentait son membre très solide, et marchait sans peine.

Le 9 juillet, on le ramena à la clinique. Il venait de se casser la jambe à la partie moyenne. On le mit immédiatement dans une attelle plâtrée, et l'on n'était pas sans inquiétude sur les conséquences de la fracture pour le fragment supérieur.

Il n'en résulta rien d'anormal heureusement. Il n'y eut ni douleur, ni tuméfaction, ni chaleur au niveau du volet osseux.

Cinq semaines après, le tibia était consolidé et le malade rentra chez lui pour reprendre bientôt sa vie habituelle.

Il revint à la clinique le 10 octobre, au moment du Congrès de Chirurgie, et M. Ollier le présenta aux membres du Congrès qui se trouvaient ce jour-là à la clinique.

Il a été revu le 26 août 1895 et on a profité de l'occasion pour mesurer le membre. Le sujet avait fait presque toute sa croissance au moment où s'était déclarée l'ostéomyélite; il avait cependant un peu grandi depuis; et il était intéressant de constater ce qu'avait pu produire le commencement de disjonction diaphysaire qu'on avait constaté au moment de l'opération. La fracture qui avait été simple et sans chevauchement ne pouvait pas avoir amené par elle-même de raccourcissement appréciable.

En mesurant les tibias, le 15 mai 1896, M. Mondan, chef du laboratoire, constata cinq millimètres de raccourcissement pour le tibia opéré.

Tibia sain, 385 millimètres. Tibia opéré, 380.

Les muscles du membre étaient sensiblement atrophiés.

A la racine de la cuisse on trouvait : pour la circonférence, 510 pour le côté sain et 490 pour le côté opéré; au mollet, 345 pour le côté sain et 315 pour le côté opéré.

L'opéré a été revu le 6 mars 1897. Son état n'a pas changé depuis dix mois; son membre est aussi fort, aussi agile, et aussi indolent après les journées de fatigue. Les mensurations du membre sont sensiblement les mêmes. Le tibia opéré est de cinq ou six millimètres plus court. La croissance en longueur paraît achevée.

Chez ce malade, la cavité osseuse était telle, que nous avions peu de chance de la voir se combler et se limiter par un épiderme stable, même au bout d'un temps très long. Nous avons donc considérablement abrégé le repos forcé auquel il aurait dû se soumettre, et nous avons obtenu une guérison définitive.

Nous avions hésité au moment de l'opération, à rendre la paroi mobile par des sections analogues à celles que nous avons faites plus tard, et nous fûmes arrêté par les craintes que nous avions encore sur la vitalité d'une partie des parois osseuses. — C'est cependant cette mobilisation préventive, sans fixation du volet, que nous croyons applicable à un certain nombre de cas On supprime la rigidité de la paroi et on laisse la plaie ouverte pour l'élimination des parcelles osseuses qui doivent se détacher peu à peu.

CONCLUSIONS

I. — Les cavités osseuses anormales, accidentelles pathologiques ou post-opératoires, se comblent difficilement lorsqu'elles sont larges et profondes, à cause de la rigidité et de la rétraction insensible de leurs parois. Elles ne peuvent être comblées par les granulations d'origine médullaire qui naissent de leurs parois, à moins qu'il ne s'agisse de sujets jeunes et très plastiques. Dans les lésions tuberculeuses, la réplétion est toujours plus difficile à obtenir.

II. — Pour les os longs, c'est au tibia à la suite des évidements très profonds et étendus de cet os qu'on observe surtout ces cavités post-opératoires dont la cavité s'opère avec une lenteur désespérante ou qui sont impuissantes à se cicatriser. Pour les os courts le calcanéum y est particulièrement exposé quand l'évidement a réduit cet os à une mince coque périphérique.

III. — Le moyen de faire cicatriser ces cavités à parois rigides et indépressibles, c'est de supprimer ou de mobiliser une des parois osseuses pour permettre, dans le premier cas, au périoste de se rapprocher de la paroi opposée, et dans le second pour mettre en contact les parois osseuses elles-mêmes.

IV. — Quand une des parois osseuses a été enlevée, le périoste correspondant et les parties molles qui le doublent s'enfoncent vers le centre de la cavité et viennent en contact avec la paroi opposée. La résistance de l'os est momentanément diminuée par cette opération, mais la formation de couches osseuses nouvelles à la face profonde du périoste vient bientôt lui donner la solidité nécessaire. C'est, du reste, dans le

cas où l'os a été hypertrophié sous l'influence de l'ostéomyélite que la suppression d'une des parois est sans inconvénients.

V. — En dehors de ces os hyperostosés, qui ont acquis par cette hyperostose même une grande résistance, il vaut mieux ne pas sacrifier la paroi osseuse, mais la rendre mobile en la découpant et lui donnant la forme d'un volet qui sera, suivant le cas, ou seulement rapproché de la paroi opposée ou immédiatement fixé par une vis métallique ou la suture. Une fois le volet découpé et rendu mobile on peut l'abandonner à lui-même et attendre l'oblitération de la cavité par les granulations qui seraient à peu près sans effet sur une paroi rigide, mais qui agiront par la rétraction cicatricielle sur la paroi assouplie. — On peut, dans certains cas, mobiliser préventivement cette paroi au moment de l'opération d'évidement de l'os.

On évitera par cette précaution la nécessité d'une intervention ultérieure.

VI. — Le volet osseux latéral est le moyen le plus commode et le plus souvent applicable, mais on peut tailler plusieurs volets suivant la forme et la disposition de la cavité. — On pourra aussi recourir à des lambeaux pris sur d'autres parties de l'os ou même sur les os voisins, et déplacés par glissement on torsion partielle du pédicule périostique. On laissera toujours ce lambeau se continuer avec le reste de l'os par un pont de périoste et de parties molles aussi bien nourri que possible pour éloigner les chances de nécrose du transplant. Quand l'os est superficiel, on doit, autant que le permet la disposition de la région, tailler des lambeaux ostéo-cutanés.

VII. — Les greffes osseuses, homoplastiques ou hétéroplastiques pourront être employées exceptionnellement quand on ne trouvera pas dans l'os lui-même, ou sur les os adjacents, les moyens de réparer la perte de substance.

VIII. — Dans certains cas de cavités intra-osseuses, à parois très amincies et atones, il vaudra mieux procéder immédiatement à la résection de toute l'épaisseur ou à l'ablation totale de l'os évidé, s'il s'agit d'un os qui n'ait qu'une importance secondaire pour la solidité du membre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juillet. — Présidence de M. Delens.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Segond. — J'ai écouté avec un vif intérêt la communication de M. Richelot; elle a trait à deux énormes questions : l'une, de thérapeutique chirurgicale, l'autre, de technique opératoire.

Je ne les aborderai pas toutes deux, le sujet serait trop vaste. La thérapeutique chirurgicale m'entraînerait à examiner la valeur comparative de la voie abdominale et de la voie vaginale dans l'ablation de l'utérus fibromateux et dans le traitement des suppurations annexielles. Aussi vais-je me borner à parler de la seconde question, à aborder la technique opératoire.

Elle est immense elle-même, et a trait à tout ce qui concerne l'ablation de l'utérus et des annexes par la voie abdominale pour les gros fibrômes et les suppurations pelviennes. Il est bien entendu qu'il ne saurait s'agir d'hystérectomie abdominale avec un pédicule quelconque, et que l'hystérectomie abdominale totale est, dans cette discussion, considérée comme l'opération de choix pour les gros fibrômes et les suppurations des annexes.

C'est ainsi que M. Richelot a compris la question, ainsi que je la comprends moi-même. Mais de nombreuses divergences existent entre M. Richelot et moi.

Tout d'abord je ne pense pas qu'en présence d'utérus fibromateux, il ne puisse y avoir qu'un seul procédé d'hystérectomie abdominale. Il faut tenir compte des cas particuliers, et simplement se guider d'après une méthode générale.

De plus, je crois que nous avons des procédés opératoires supérieurs, plus simples et meilleurs que celui dont M. Richelot nous a donné une récente description. La technique de l'hystérectomie abdominale totale s'est perfectionnée ces dernières années à différents points de vue : rapidité, simplification d'instrumentation, suppression de manœuvres particulières, application des règles de la chirurgie générale, suppression des surfaces cruentées, etc. Aussi aujourd'hui sommes-nous en présence de procédés qui réalisent tous ces avantages au plus haut point, et je ne saurais trop dire combien je garde de préférence pour deux d'entre eux : le procédé de Doyen, remarquable par sa simplicité, et le procédé américain exposé au congrès de Washington de 1895 par Hauvard Kelly (de Baltimore).

Ce dernier m'a particulièrement séduit ; je l'ai appliqué trente fois jusqu'à présent, vingt fois pour des fibrômes, dix fois pour des suppurations pelviennes. C'est l'ablation de l'utérus et des annexes de gauche à droite, ou de droite à gauche. Ce procédé ne s'occupe pas des lésions abdominales, il néglige les cas particuliers, il est universel dans ses applications.

L'opérateur est à droite de la femme renversée à 45°. Il lie l'artère utéro-ovarienne, met une pince sur le ligament rond, ouvre le ligament large. Il va sur l'artère utérine, qu'il lie. Il laisse une rondelle de col dans l'intérieur du vagin, et après l'arrachement de l'utérus, l'artère utérine non encore liée apparait dans la plaie. La masse utérine est reçue dans le tablier de l'opérateur; l'hémostase est faite aussi parfaite que possible. Enfin, un surjet du péritoine termine l'opération. Veut-on faire le drainage par le vagin, on peut très bien ajouter cette manœuvre au manuel opératoire, en cousant le vagin avec du catgut ou de la soie.

Ce procédé est sûr et simple, mais moins brillant et rapide que celui de Doyen. Ce dernier a de plus contre lui d'être difficile lorsque l'accès dans le cul-de-sac postérieur ne peut se faire aisément. Mais tous deux me paraissent supérieurs à celui de Richelot.

Je résume actuellement ma pratique ainsi : pour les gros fibrômes, ceux qui dépassent l'ombilic, j'emploie le procédé de Doyen, si je vois facilement le cul-de-sac postérieur. Si celui-ci est difficile à aborder, je fais appel au procédé américain, universel dans ses applications.

Pour les suppurations des annexes, je réserve l'ablation totale par la voie abdominale aux cas graves, et le procédé américain me paraît le plus sûr.

A ce propos, j'ajouterai que le procédé de Richelot a le tort de s'attaquer d'abord aux difficultés, et de terminer par la bascule de l'utérus en avant. Doyen, de son côté, commence par cette bascule de l'utérus, en arrière cette fois, et réserve les difficultés pour la fin.

M. Hartmann. — Je suis d'accord avec M. Segond sur ce fait que le procédé de Richelot est d'une exécution difficile.

Pour moi, depuis le mois d'octobre dernier, j'ai adopté un procédé d'hystérectomie abdominale totale qui est une variante de celui de Doyen.

Faut-il laisser un segment de col, comme le veut le procédé américain? J'ai vu un cancer venir atteindre quelque temps après l'opération la portion de col laissée, j'ai vu d'autres lésions du col qu'on aurait évitées par l'ablation totale.

Depuis le mois d'octobre 1896, j'ai fait huit opérations par mon procédé : j'ai enlevé des fibrômes, un cancer du corps, et des salpingites, dont neuf suppurées.

Je dois dire aussi que l'ablation de l'utérus me semble devoir toujours suivre celle des deux annexes. Cet organe devient inutile et permet le drainage par le vagin.

Je commence par faire la ligature des deux artères utéro-ovariennes, et je donne ensuite un coup de ciseau qui coupe l'étage supérieur du ligament large. Je pose une pince de Kocher sur le ligament rond. L'utérus se laisse alors amener en avant, et le cul-de-sac postérieur devient abordable comme dans le procédé de Doyen. J'ouvre alors le vagin comme on le fait dans cette dernière méthode et je continue en la suivant jusqu'au bout.

Dix-huit fois, je le répète, ce procédé m'a donné de bons résultats, et c'est lui que j'emploie pour le moment.

M. Schwartz. — Comme M. Segond, je réserve l'hystérectomie abdominale totale pour les fibrômes dépassant l'ombilic. Jusque il y a six mois je faisais cette hystérectomie abdominale suivant le procédé que j'ai déjà eu l'occasion d'exposer ici.

Mais, depuis six mois, j'en suis venu au procédé américain de gauche à droite, ayant été frappé de la facilité avec laquelle se fait cette opération. Onze fois je l'ai employée et je n'ai eu qu'un cas de mort, attribuable du reste à une tumeur maligne du pancréas concomitante.

Je veux simplement insister sur la nécessité de faire le drainage, après suture du péritoine antérieur à la lèvre antérieure du vagin, et du péritoine postérieur à la lèvre postérieure de ce dernier.

Le procédé de Richelot peut rendre des services, c'est incontestable. Mais ce n'est pas un procédé général. La méthode américaine, au contraire, qui enlève l'utérus comme une tumeur, constitue une méthode dont les applications peuvent être générales.

M. Pozzi. — Je partage sur beaucoup de points l'avis de M. Segond. Aussi n'ai-je que quelques remarques à faire et quelques mots à ajouter.

Je profite de l'occasion pour rappeler qu'on peut, en y mettant le temps, extirper l'utérus sans faire de ligature. L'ablation de l'utérus est possible par le vagin, sans pinces ni ligatures, en se servant d'un simple crochet tranchant mousse. On coupe alors fibre par fibre, et aucune ligature n'est nécessaire. On peut même éviter de toucher à l'artère utérine en rasant l'utérus. C'est un fait intéressant de physiologie pathologique. J'insiste vivement sur ce fait qu'il faut alors procéder rapidement, et extirper l'utérus comme on extirpe un os dans une résection sous-périostée. On aborde l'utérus par le point le plus accessible, en arrière comme Doyen, sinon par les parties latérales, en se servant de ciseaux courbes ou de bistouris courbés sur le plat. Au point de vue de la méthode, la règle c'est d'enlever le plus vite possible, et de raser l'utérus de bas en haut. On évite ainsi les ligatures.

Je tiens encore à aborder un autre point. L'ablation de l'utérus ne doit pas être systématique, comme le veut M. Hartmann. Ce n'est que dans certaines conditions qu'on enlèvera l'utérus, fournies par une erreur sur son état qui avait fait faire une laparotomie au lieu d'une hystérectomie vaginale. Je fais rarement l'hystérectomie après l'ablation abdominale des annexes, car, dans ces cas, je préfère l'hystérectomie vaginale, l'hystérectomie abdominale n'étant pas l'opération de choix pour les suppurations pelviennes. Aussi l'hystérectomie, après ablation des annexes, devient-elle une opération de nécessité, par suite d'un diagnostic incomplet ou erroné.

Présentations de malades.

M. Nimier présente deux malades. Le premier est porteur d'une plaie ayant lésé la branche sensitive du radial au niveau du poignet. Il a de plus une paralysie du nerf médian.

Le second a reçu un coup de sabre à la partie externe de l'avant-bras, à la suite duquel il a perdu l'extension du membre supérieur malade. M. Nimier a recherché le nerf radial au niveau du court supinateur au mois de mai dernier. Malgré la suture de ce nerf, le malade ne peut pas encore faire de mouvement d'extension.

M. Reynier fait remarquer qu'il s'écoule souvent quatre ou cinq mois depuis le moment de l'intervention jusqu'à celui où les mouvements sont récupérés.

M. Nélaton présente un malade opéré d'un ostéome de l'orbite ayant pris naissance dans les cellules ethmoïdales moyennes.

M. Nélaton. — Je vous présente un malade qui avait eu un écrasement du pied. J'ai voulu faire l'opération de Syme avec modification apportée par M. Ricard. Mais je n'ai pas eu assez de lambeau. Bien qu'ayant enlevé l'astragale, je n'ai néanmoins pas pu rapprocher les lambeaux. Aussi ai-je dû faire une section du calcanéum, afin d'être à même de recouvrir les parties cruentées. Donc pour le procédé indiqué par M. Ricard, il faut plus d'étoffe que pour le Syme.

M. Ricard. — Rien d'étonnant à cela, puisqu'il y a le calcanéum en plus. La méthode que j'ai exposée devant l'assemblée convient surtout lorsqu'on ne peut pas faire le Chopart et avant d'en venir au Syme.

M. Nélaton. — Le procédé de M. Ricard est alors une modification du Chopart et non du Syme.

M. Ricard. — Il est intermédiaire au Chopart et au Syme. C'est un procédé de nécessité auquel on a recours suivant les lambeaux dont on dispose.

M. Kirmisson. — Le procédé de M. Ricard se rapproche surtout du Pirogoff. Au lieu de conserver une partie du calcanéum, M. Ricard le conserve en entier.

M. Quénu présente un malade qui avait un épithélioma de la corde vocale inférieure droite. Il a enlevé cette dernière par thyrotomie après une trachéotomie préalable. Le malade parle bien néanmoins, sans doute, avec sa corde vocale supérieure. La voix est facile à percevoir, quoique voilée.

M. Quénu présente un malade qui avait avalé une solution de potasse. Il eut, à la suite, des lésions inflammatoires de l'œsophage avec spasmes de cet organe. M. Quénu fit la gastrotomie dès qu'il vit le malade. Il n'y a que quinze jours qu'il a refermé la plaie. Pendant le temps où le malade se nourrissait par l'estomac, il n'eut pas le moindre érythème des parois. On voit par cet exemple que la gastrotomie ne doit pas être réservée aux seuls cas d'atrésie définitive de l'œsophage, mais qu'elle doit être aussi tentée contre les occlusions temporaires.

M. Pozzi présente une malade à laquelle il a pratiqué une cholécystostomie. Après une laparatomie latérale, il a trouvé un volumineux calcul dans la vésicule biliaire, et cinq autres calculs plus petits dans le canal cystique. Une portion du foie était cirrhosée localement au point de donner la sensation d'une tumeur dure. La cholécystostomie fut temporaire, mais ses résultats se rapprochent de la cholécystostomie idéale, puisqu'au bout de dix-huit jours la cicatrisation était produite.

Présentations de pièces.

M. Brun présente la colonne vertébrale d'un enfant atteint d'un mal de Pott moyen, chez qui le redressement était indiqué. La réduction fut facile, mais pendant qu'on lui mettait un corset de plâtre, l'enfant succomba. Nul doute que ce ne soit là un accident dû au chloroforme, mais aidé par la compression produite par le corset et par la position du malade qui était face contre terre.

M. Michaux présente une pièce provenant d'un malade écrasé par une voiture, chez qui il y avait eu rupture du pédicule de la rate.

M. Berger montre une photographie par rayons X d'une exostose ostéogénique du fémur. La radiographie montre l'exostose plus petite qu'en réalité, ce qui tient à ce que le tissu osseux seul reproduit sur la photographie est entouré d'une forte couche de cartilage.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juillet.

Ostéoporose progressive.

M. Debove désigne sous ce nom une maladie spéciale, distincte de l'ostéomalacie, où les os sont déformés sans être ramollis.

C'est une maladie surtout fréquente chez la femme, débutant dans l'âge adulte, caractérisée par des déformations atteignant surtout les côtes et la colonne vertébrale et progressant par poussées de plusieurs mois. Ces poussées s'accompagnent de douleurs qu'il convient d'attribuer à la distorsion des parties.

La marche est progressive, et les malades succombent à des accidents thoraciques, comme tous les bossus.

L'autopsie de deux malades a montré à l'orateur que l'augmentation de la flexibilité et la diminution de résistance des os est le fait non du ramollissement, mais de la raréfaction du tissu osseux. Il y avait élargissement

des canaux médullaires des os longs, des espaces médullaires des os plats et des canaux de Havers. La constitution clinique des os était du reste normale.

Du traitement du tétanos.

M. Nocard rappelle avoir montré à la fin de l'année 1895 que le sérum antitoxique employé préventivement contre le tétanos du cheval réussissait parfaitement, mais qu'il échouait quand il s'agissait du tétanos déclaré. Des expériences nouvelles ont confirmé cette façon de voir.

Mais, en cas de tétanos déclaré, l'injection de sérum est un moyen qu'il ne faut cependant pas dédaigner. Il diminue la longueur et le nombre des crises et raccourcit la convalescence.

Quand le traumatisme, d'où procède le tétanos, échappe à toutes les investigations, l'éradication du foyer conseillée par M. Berger devient impossible. Comme l'élaboration des toxines s'y continue, le sérum sera de grande utilité; il pourra détruire, au moment de leur formation, les toxines venues du foyer méconnu.

Aussi faut-il continuer à employer le sérum dans les cas de tétanos déclaré, sans espérer toutefois guérir par là la majorité des malades. L'injection préventive dans tous les genres de traumatisme exposant au tétanos est un mode de traitement qui s'impose de plus en plus.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DES MEMBRES

Sarcôme de la cuisse. — Désarticulation de la hanche.

M. F. Villar présente une malade qui n'est pas atteinte d'une affection bien rare, et dont l'opération qu'il lui a pratiquée ne peut plus être considérée aujourd'hui comme une chose extraordinaire. L'intérêt de cette présentation se tire surtout de la marche de la tumeur et du résultat de l'intervention.

X... (Honorine), âgée de 33 ans, cuisinière, a toujours été bien portante jusqu'en 1894. Réglée à 14 ans et bien réglée par la suite, elle eut quatre grossesses, dont une, la première, terminée à huit mois, les trois autres à terme et normales.

Père mort à 66 ans d'une affection rhumatismale; mère morte asthmatique à 63 ans. Deux sœurs en bonne santé.

Vers le mois de février 1894, la malade constata l'existence d'une petite tumeur, du volume d'une noisette, siégeant sur la face antéro-externe de la cuisse droite, à trois travers du doigt au-dessus de la rotule. Cette tumeur était mobile, ne déterminait aucune douleur, ne gênait nullement la marche. Elle grossit peu à peu en remontant le long de la face postérieure de la cuisse, jusqu'à atteindre le pli fessier correspondant. Au bout de quelques mois, elle avait atteint le volume d'une cruche, selon l'expression de la malade. Pas de douleur pendant cette période d'accroissement. Mais, fort gênée par le poids du néoplasme, la malade se décide à entrer à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. Dudon, qui extirpe la tumeur au mois de décembre.

Cinq mois après cette opération, survint une récidive à la partie postérieure de la cuisse. La tumeur récidivée marche rapidement, en quelques mois elle atteint un volume énorme.

Au mois de janvier 1896, la malade entre de nouveau à l'hôpital, cette fois dans le service du professeur Lanelongue. Elle y est soumise tout d'abord au traitement mixte, et au mois de février la tumeur est extirpée; le nerf sciatique que l'on trouve infiltré est réséqué.

L'examen histologique de la tumeur, pratiqué par mon excellent collègue et ami M. le Dr Sabrazès, confirme le diagnostic de sarcôme déjà porté par MM. Dudon et Lanelongue.

Un mois après, nouvelle récidive qui marche encore plus rapidement que la première.

Le 8 septembre, la malade revient dans le service du professeur Lanelongue, que j'avais l'honneur de suppléer.

Voici quel était à cette époque l'état de la patiente : la partie inférieure de la région antérieure de la cuisse était gonflée; mais c'était surtout en arrière que la tumeur avait pris du développement. Il existait dans cette région une énorme masse (dont vous pouvez vous rendre compte en examinant les photographies que je mets sous vos yeux), étendue du pli poplité au pli fessier, dépassant largement en dehors le genou et recouvrant en dedans une partie de la face postérieure de la cuisse du côté opposé. Sur l'axe vertical de cette masse se voyait la longue cicatrice des interventions précédentes. La peau n'était pas adhérente, mais elle était rouge par places et parcourue en tous sens par un riche lacis veineux.

La consistance de la tumeur était celle d'un sarcôme.

Dans le triangle de Scarpa, le long du bord interne du couturier, on trouvait une petite tumeur arrondie, du volume d'une noisette, mobile, indolore.

La malade portait encore deux autres grosseurs : l'une, du volume d'une amande, mamelonnée, de consistance ferme, douloureuse à la pression, siégeant à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la face interne du tibia, à laquelle elle adhérait d'une façon intime; l'autre, du volume d'une noix, arrondie, à surface régulière, rénitente, très mobile et nullement douloureuse à la pression, siégeant au niveau de l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire; cette dernière était un fibrolipôme.

Rien aux ponmons, au cœur, au foie, à la rate; pas do troubles urinaires.

La malade était très pâle, très anémiée et extrêmement amaigrie. Inutile d'ajouter que, depuis quelques mois, elle gardait constamment le lit.

Il n'y avait qn'une intervention possible dans le cas particnlier, c'était la désarticulation de la hanche. Je la proposai à la malade, qui naturellement la refusa; car c'est une régle qu'un malade atteint de tumeur maligne des membres s'oppose toujonrs et ne se décide que très difficilement à subir une npération radicale, senle logique cependant dans les cas de ce genre. On se laisse amputer ponr des lésions traumatiques, pour des tumeurs blanches (ce que l'on fait d'ailleurs très rarement aujourd'hui), mais on ne veut pas entendre raison lorsqu'il s'agit d'un néoplasme. La malade quitta donc le service; elle y revint cependant deux jours plus tard. Elle avait changé d'idée et, comme j'avais conservé mon opinion, je pratiquai la désarticulation de la hanche.

Tout se passa fort bien; la guérison définitive fut seulement retardée par la snppuration du fond de la cavité cotyloïde, comme cela arrive presque toujours après une pareille opération.

Vous pouvez constater aujourd'hui qne la malads est en parfait état; elle est grasse, mécoonaissable par sa bello apparence; ello ne souffre ds rien, l'appétit est excellent, les règles viennent tous les mois.

N'ayant pu obtenir nn appareil prothétique, la malade marche avec des béquilles.

Le moignon est bien matelassé; il n'y a pas la moindre trace de récidive locale ou à distance.

Deux points se dégagent de cette observation : tout d'abord, la marche et les récidives rapides de la tumeur après des opérations pratiquées *in situ*. En second lieu, le résultat de l'interventinn large, pratiqnée cependant dans des conditioos d'état local et général mauvais. Non seulement il n'y a pas eu encors récidive (nous sommss maintenant à plus de neuf mois de l'opération), mais, de plus, l'acte opératoire a amené une véritable résurrection au point de vue de l'état général. Ce cas, je dois le reconoaitre, sera surtout intéressaut plus tard, si le *statu quo* persiste.

(*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 4 juillet 1897.)

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

De la symphyséotomie.

Le Dr **Lambuisen** donoe à la Société médico-chirurgicale de Liège, les résnltats des douze symphyséotomies qu'il a eu l'occasion de pratiquer avec le Dr Charles dans le service de la Maternité.

Six primipares et un nombre égal de multipares ont été soumises à l'npération pour obvier à l'étroitesse du bassin. Le bassin le plus étroit comportait 625 millimètres de diamètre utile, alors que Farabeuf est d'avis que cette opération est irréalisable en dessons de 670 millimètres. Le Dr Charles a réussi dans deux cas semblables parce qu'il n'a pas attendu que la grossesse se terminât d'elle-même; il a provoqué l'acconchement prématuré à huit mois. Lorqu'on juge à propos d'appliquer les forceps, il est préférable ds ne pas ramensr l'occiput en avant; en effet, c'est dans la position transtersale que les diamètres du pelvis et ceux de la tête concordent le mieux, la symphyss n'existant plus en réalité.

Les dangers de l'opératioo sont le schock, la septicémie, l'hémnrrhagie, le défaut de consolidation de la symphyse et l'incontinence d'urine.

Le schock et la septicémie sont des dangers communs à toutes les opérations. L'hémorrhagie, presque toujours veineuse, peut être évitée en sectionnant la symphyse en deux fois, c'est-à-dire en conpant d'abord de haut en bas, puis en achevant de bas en haut; elle s'enraie très facilement par le tamponnement à la gaze.

Les décbirnrcs des parties molles et le défaut ultérieur de consolidation s'évitent en maintenant le os coxaux pendant l'accoucbement de façon à prévenir un écartement trop considérable des pubis.

Quelqnes femmes revues après deux ans n'ont présenté aucun défaut de consolidation du bassin.

Une incontinsnce de la vessie, pouvant se prolonger jusqu'à six mois, s'est montrée chez la moitié des primipares; les neuf autres femmes n'en ont pas souffert.

(*Gaz. méd. de Liège*, 8 juillet 1897.)

Du drainage prolongé de la vessie par les voies naturelles.

Escat consacre à cette question un travail dont voici le résumé :

Il est possible, pour l'urèthre et la vessie, de tolérer uns sonde à demeure pendant des mois et des années sans le moindre inconvénieot. Pendant ces longues périodes, l'appareil urinaire et l'organisme bénéficient de ce drainage prolongé.

Dans les rétentions chroniques qui ont nécessité le port de la sonde à demeure, il y a avantage, après la guérison des accidents graves, à ne pas enlsver la sonde avaot le rétablissement parfait ds l'organisme. L'apyrexie, la disparition des signes d'intoxication ou d'infection, l'aspect des urines ne sont pas suffisants pour assurer qne le passage du drainage cootinu au draioage intermittent ne sera pas suivi d'accidents. On tiendra compte égalemeot de l'état précis de l'appareil urinaire, de la gravité des accidents traités, de la durée de la période de rétention et on n'abandonnera la sonde au malade que lorsque l'orgaoisme aura reconquis tous ses moyens d'action et que l'appareil urinaire sera remis des lésions consécutives à la rétention.

Chez les urinaires totalement infectés chez qui l'iuter-

ruption du drainage illimité par les voies naturelles s'impose, il donnera le seul résultat thérapeutique possible dans ces cas incurables.

Sans avoir les inconvénients précoces et tardifs du « méat hypogastrique », il réalise chez les prostatiques une partie du but poursuivi par cette intervention.

Combiné à la déambulation, le drainage avec sonde fermée ou ouverte assure une situation des plus tolérables aux rétentionnistes chroniques; il ouvre la voie à des améliorations inattendues. Les déformations pathologiques de l'urètre prostatique et de la vessie peuvent créer des foyers de stagnation inaccessibles à la sonde et enrayer prématurément ses bons effets.

Il est facile d'assurer et d'entretenir d'une façon pratique le drainage illimité.

(*Ann. des Maladies des Organes génito-urinaires*, juin 1897, et *Indépend. méd.*, du 7 juillet 1897.)

COU, CRANE, FACE

Tumeur sanguine du plancher de la bouche chez un nouveau-né.

M. Fieux présente un enfant de 24 heures, porteur, au niveau du plancher buccal, d'une grosse tumeur violacée, qui refoule la langue vers la voûte palatine. Cet enfant a été extrait par version, et le dégagement nécessita de nombreuses tractions sur le maxillaire avec deux doigts introduits dans la bouche.

Celle-ci, examinée après la naissance, ne présentait rien d'anormal. Le lendemain, la mère attirait notre attention sur la tuméfaction que l'on peut constater. On peut penser que le traumatisme, nécessité par l'extraction un peu laborieuse de la tête, aura décollé la muqueuse des plans sous-jacents, rupturé quelques petits vaisseaux et déterminé la collection sanguine. M. Fieux pense que le pronostic est évidemment bénin et que le traitement doit se borner à une grande propreté de la bouche.

(*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 8 juillet 1897.)

Une variété d'abcès chroniques du voile du palais.

M. Cartaz étudie dans ce travail une forme rare de suppuration chronique du voile. Il s'agit dans les deux observations qu'il publie de fistules de l'épaisseur du voile, dans le prolongement des piliers, à leur point de jonction, se dirigeant vers la luette à une profondeur variable. Un stylet glissé par l'orifice fistuleux que l'on trouve à l'union des deux piliers, antérieur et postérieur, conduit dans une petite poche de un demi à un centimètre à parois légèrement fongueuses, d'où la pression fait sourdre un peu de pus, parfois des grumeaux caséeux, analogues à ceux que l'on retire des cryptes de l'amygdale.

Les symptômes occasionnés par cette suppuration chronique sont peu importants. Les malades se plaignent de gène plutôt que de douleur et si l'attention n'est pas éveillée sur ce point, s'il n'existe pas de rougeur ou de légère tuméfaction du voile à ce niveau, on a tendance à rattacher les troubles accusés à de la pharyngite chronique.

Quelle est l'origine de ces abcès fistuleux? S'agit-il d'une fistule borgne consécutive à un abcès péri-amygdalien, abcès de la loge sus-amygdalienne ayant fusé du côté du voile? Est-ce, au contraire, une inflammation propagée, de par une amygdalite, dans un diverticule congénital, vestige du deuxième sillon pharyngien, comme la loge sus-amygdalienne elle-même?

Tortual a décrit autrefois des anomalies de ce genre, Landgraft en a publié récemment des exemples et M. Cartaz pense que les deux hypothèses, au point de vue de l'étiologie de ces abcès chroniques, peuvent être également invoquées suivant les cas.

(*France méd.*, 9 juillet 1897.)

Séquestre des conduits auditifs.

M. Lannois présente un petit malade âgé de 9 ans dont l'audition a paru normale jusqu'à l'âge de 2 ans. A ce moment, il y eut une suppuration des deux oreilles, et, depuis lors, une surdité très accentuée. Quand l'enfant fut amené à l'hôpital, la suppuration persistait à droite. Rien du côté de la mastoïde. Dans les deux conduits auditifs on constatait la présence de séquestres osseux impossibles à enlever au moyen de la pince. La surdité n'était pas complète, mais il fallait crier près de l'oreille pour faire comprendre le langage articulé.

Les séquestres furent enlevés par M. Nové-Josseraud, qui, après avoir décollé le pavillon et sectionné transversalement le conduit, rencontra une masse d'os spongieux qu'il put facilement soulever et fragmenter avec une curette. Derrière le séquestre, se trouvait un cholestéatôme volumineux.

Il s'agissait en somme d'une nécrose assez étendue, développée aux dépens de la face inférieure du rocher, mais il est à remarquer que le facial est resté intact, alors qu'il est atteint quatre-vingt trois fois pour cent dans les séquestres du rocher.

(*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 8 juillet 1897.)

Fracture du crâne. Issue de substance cérébrale. Guérison.

M. Berchoud présente un petit malade de 7 ans, atteint, il y a deux mois, d'une fracture compliquée de la voûte crânienne. S'amusant à glisser le long d'une rampe d'escalier, il culbuta et tomba d'un deuxième étage (16 avril) sur l'angle d'une marche. La chute eut lieu sur le vertex. Perte de connaissance immédiate.

Large plaie du cuir chevelu à la partie antéro-externe de la voûte crânienne. Une notable quantité de substance cérébrale s'écoula au dehors. Phénomènes de commotion

cérébrale, pâleur, perte de connaissance: le pouls cependant n'est pas ralenti (90). Légère dyspnée. Pansement. Le lendemain, la connaissance reparaît. L'enfant parle. Paralysie gauche marquée au membre supérieur. Mouvements convulsifs à droite, facies grimaçant.

Le trait de fracture, très large, commence en arrière en plein pariétal droit à dix centimètres de la ligne médiane, se recourbe en dedans pour aboutir au niveau de l'apophyse orbitaire externe, décrivant ainsi une large courbe à concavité extérieure. De volumineuses esquilles sont enfoncées dans le cerveau. La substance cérébrale s'écoule toujours (on en recueille environ un demi-verre).

Le 18 avril, la connaissance est complète; la contracture cesse; il ne reste plus qu'une légère paralysie faciale droite.

L'enfant se rétablit rapidement, en huit jours, sans autre incident qu'une légère poussée fébrile et un abcès de la paupière. Il persiste une vaste cicatrice avec deux petites fistules, ptosis à droite; pas de phénomènes cérébraux.

(*Méd. mod.*, 7 juillet 1897.)

CHIRURGIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Influence des odeurs sur l'épistaxis.

M. Joal rapporte d'abord trois observations tout à fait curieuses et intéressantes et que nous allons résumer pour nos lecteurs.

Une dame de 32 ans se plaint de ne plus pouvoir aller dans le monde. Ces derniers temps, ayant été placée dans des diners auprès de corbeilles de fleurs odorantes, elle a été prise de céphalalgie, nausées et saignements de nez à deux reprises différentes.

Du reste, elle a de tout temps éprouvé une grande aversion pour le parfum des fleurs, surtout le lilas, la rose, la jacinthe, la tubéreuse, le gardénia et le mimosa; mais ces odeurs ne produisaient que de la migraine et des tournements de tête. Les émanations du musc, ambre, civette, benjoin et autres substances qui entrent dans les préparations de toilette, restent sans effet; il en est de même des exhalaisons de la corne brûlée, de la friture, de la viande et poisson de mer avariés, du goudron, de l'asphalte.

Depuis deux ans, époque où elle a perdu une petite fille, elle est devenue plus nerveuse, plus irritable dans le sens général du mot, sans avoir remarqué une plus grande impressionnabilité au point de vue des odeurs, et en faisant sa rentrée dans le monde elle est prise d'hémorrhagie nasale dans un diner officiel, accident qui s'est reproduit trois semaines après dans des circonstances analogues.

Examen du nez négatif. La malade consent à se soumettre à l'expérience suivante.

Un soir, au moment de se mettre au lit, un gros bouquet composé de lis, tubéreuses, mimosas, jacinthes, lilas, est disposé sur la table de nuit. Dix minutes après, sensation de gêne et de plénitude dans les fosses nasales, éternûments, céphalalgie, tournements de tête, puis sommeil. Trois quarts d'heure après la malade se réveille, son oreiller est taché de sang. Elle saigne du nez, l'écoulement qui vient de la narine droite n'est pas très abondant.

Voici le deuxième fait.

Un jeune étudiant, âgé de 20 ans, qui possède une belle voix de baryton, déclare que les parfums de toilette : eau de Cologne, Portugal, patchouli, musc lui sont très agréables; il éprouve également du plaisir à respirer les senteurs de la plupart des fleurs : rose, violette, lilas, lavande, muguet, héliotrope, mimosa, etc. Mais il a, de tout temps, été incommodé par l'odeur de certaines substances en combustion; il ne peut supporter les produits volatils qui se dégagent du beurre, de la graisse de l'huile, de la corne brûlée. Il ne peut passer près de l'atelier d'un maréchal au moment où l'on ferre un cheval; il se sauve aussitôt si dans la rue on répare un trottoir avec de l'asphalte; et, pour peu qu'il reste soumis quelques moments à l'influence de ces sensations olfactives, il est pris de malaise, d'éternûments, céphalalgie, vertiges et parfois de nausées et de vomissements. A l'âge de 12 ans il eut trois ou quatre fois des épistaxis provoquées à l'église par l'odeur de l'encens brûlé.

Enfin, depuis deux ans, l'odeur qu'il a le plus en horreur est celle produite par la combustion du pétrole; ayant voulu suivre en bicyclette une automobile, il fut pris de migraine, nausées, syncopes et hémorrhagie nasale.

Enfin, un jeune Américain de 23 ans, issu d'un père goutteux et d'une mère très nerveuse, névropathe avéré, est, depuis son enfance, chaque année, au mois de mai, atteint de crises : les unes caractérisées par des éternûments, de l'enchifrènement, de la rhinorrhée, du larmoiement, des picotements dans les yeux, de la céphalalgie, une lassitude générale, parfois des épistaxis; les autres se compliquent de phénomènes bronchiques : toux, expectoration, troubles dyspnéiques quelquefois très intenses.

Les mêmes accidents se manifestent également pendant l'hiver, mais à un degré moindre si le malade s'expose à l'influence de substances odorantes : roses, violettes, winter-green, musc, patchouli, menthe.

Il déclare nettement qu'il est heureux de voir survenir le saignement de nez, car il a bien remarqué qu'aussitôt après l'écoulement sanguin les accès s'amendent ou disparaissent.

En dehors de ces poussées nasales qu'il n'hésite pas à mettre sur le compte des agents odorants, il ne se souvient pas avoir eu d'autres saignements de nez.

L'auteur se demande en terminant dans quelle classe

ranger ces épistaxis, assurément dans la variété dite vaso-motrice.

On sait qu'un véritable tissu érectile est renfermé dans l'épaisseur de la membrane pituitaire et qu'il entre en turgescence avec la plus grande facilité chez certains individus soumis à ta diathèse neuro-arthritique. Si la tension sanguine est trop considérable et dépasse la limite d'élasticité des capillaires dilatés et modifiés qui forment le tissu caverneux, ceux-ci se déchirent et leur rupture entraine le déchirement de la muqueuse, d'autant plus mince et plus résistante qu'elle est réduite à son revêtement épithélial. Le mouvement sanguin a abouti à un raptus hémorrhagique.

Cette tuméfaction du tissu érectile peut être primitive et causée par l'excitation directe des filets du trijumeau ; ou bien, l'excitation du trijumeau est secondaire et a pour point de départ l'irritation des nerfs de l'olfaction, de la vision, du toucher, ou bien de l'estomac, de l'intestin, des organes génitaux.

(*Gaz. hebd. de Laryngol., d'Otol. et de Rhinol.*, 26 juin 1897 et *Indépend. méd.*, 7 juill. 1897.)

APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

Du cancer intestinal d'origine traumatique.

A la Société de Médecine interne de Berlin, **M. J. Boas** a, dans un grand nombre de cas de cancer intestinal, noté toutes les relations possibles avec le développement de la maladie et s'est livré à une sorte d'enquête.

Dans la liste de cas qu'il a dressée, M. Boas n'a compté que ceux dans lesquels l'autopsie ou l'opération ont confirmé le diagnostic ou bien dans lesquels les symptômes cliniques étaient indubitables.

La statistique de M. Boas comprend 62 cas certains (49 hommes, 15 femmes, sur lesquels 33 cancers de l'estomac). L'hérédité en ligne directe n'a été sûrement constatée que dans 3 cas, et, dans chaque cas, venait de la mère. Dans 2 cas il y avait un cancer de l'estomac, dans 1 cas un cancer de l'utérus. La prédisposition familiale existait dans 7 cas. L'hérédité dans le cancer ne paraît donc jouer qu'un rôle faible qui a été souvent exagéré.

Pour ce qui est du traumatisme, M. Boas ne comprend que la violence extérieure. Sur 62 cas de cancer intestinal, le traumatisme causal n'a été admis que 9 fois (7 hommes et 2 femmes). Le plus long intervalle entre l'apparition du cancer et le traumatisme a été de 4 ans (3 cas), le plus court de 1 mois 1/2; dans un cas le foie était malade, dans 2 cas l'œsophage était atteint, 6 fois l'estomac était malade.

Parmi les cas que M. Boas a observés, le suivant lui paraît particulièrement caractéristique :

Une femme tombe sur le ventre dans un escalier à la fin de novembre 1896; elle éprouve aussitôt de violentes douleurs qui disparurent. A la fin de décembre elle ressent de nouveau de fortes douleurs dans la région du foie, des vomissements opiniâtres, de l'amaigrissement et de l'ictère. En janvier 1897, on constate des irrégularités dures à la surface du foie. La malade meurt au commencement de mai.

Au point de vue étiologique, il faut se méfier des cas dans lesquels le traumatisme remonte très loin ou qui surviennent très vite après le traumatisme. Comme la durée d'un cancer intestinal est de deux ans en moyenne, les cas dans lesquels l'intervalle est de quatre ans paraîtront souvent douteux. Dans ceux où l'intervalle est de quelques semaines, on peut objecter que le cancer existait déjà à l'époque du traumatisme. La plupart des auteurs admettent que le cancer peut se développer subitement en pleine santé, mais qu'il existe une période latente d'environ un an et demi. Les débuts du cancer restent ignorés parce que le patient n'éprouve pas de symptômes. Des anatomo-pathologistes ont trouvé des cancers de l'intestin à l'autopsie, chez des sujets qui n'avaient jamais souffert de troubles digestifs. Cette circonstance démontre une période de latence qui dure probablement une année, jusqu'à ce qu'un traumatisme réveille la prolifération jusque-là peu active des cellules. On peut également admettre que de petites nodosités cancéreuses peuvent subir la régression en l'absence d'excitations. Il est certain que des troubles mécaniques sont des conditions qui favorisent le cancer; l'intestin grêle dont la surface est lisse, est presque stérile à l'égard du cancer. Il est assez fréquent de voir après la gastro-entérostomie les patients reprendre un aspect florissant, évidemment parce que, après l'exclusion de la portion cancéreuse, l'excitation fait défaut et que le cancer entre en voie de régression. Dans ces cas de latence, le traumatisme agit comme une forte irritation et amène, suivant l'espèce de cancer et le genre du traumatisme, un développement plus ou moins rapide de la tumeur.

(*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 8 juillet 1897.)

CHIRURGIE DE L'ŒIL

Troubles trophiques de l'œil après section du grand sympathique au cou.

M. Doyon a présenté à la Société des Sciences médicales de Lyon, dans sa séance du 30 juin, un lapin à qui il avait pratiqué la section du nerf grand sympathique au cou. Cette section fut suivie de lésions de la paupière et d'une cataracte de l'œil du même côté. Les troubles trophiques observés consécutivement à la section du sympathique sont rares et de nature variée. M. le professeur Morat avait déjà vu se produire chez le chien, dans ces conditions, des lésions de la muqueuse buccale.

L'intérêt de cette présentation réside dans l'observation d'un nouveau fait de troubles trophiques consécutifs

à la section de nerfs centrifuges. On admet généralement que ces troubles trophiques résultent d'altérations des nerfs de la sensibilité, tandis que, pour M. Morat, ce sont les lésions des nerfs centrifuges qui les déterminent. Les troubles trophiques qu'on observe après la section des racines postérieures sembleraient venir à l'encontre de cette manière de voir; mais M. Morat n'a-t-il pas démontré que ces racines contiennent, outre les fibres centripètes, un certain nombre de fibres centrifuges.

Cliniquement, les troubles trophiques de l'œil ont été attribués à des altérations du trijumeau et du grand sympathique. Cette distinction n'a, d'ailleurs, pas grande importance pathogénique; le trijumeau ne contient-il pas de nombreux filets sympathiques provenant en partie du sympathique cervical, en partie du tronc même du trijumeau et traversant le ganglion de Gasser.

(*Bull. méd*, 4 juillet 1897.)

LES LIVRES

Sociétés d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois

De l'intervention chirurgicale dans le cours et dans les suites de l'ulcère simple de l'estomac, par le Dr Georges Marion, ancien interne des hôpitaux de Paris, prosecteur à la Faculté de Médecine.

Cette étude très importante est le premier travail d'ensemble paru en France sur cette question qui, de jour en jour, préoccupe davantage médecins et chirurgiens, étant donné l'efficacité de l'intervention dans certains cas où la thérapeutique médicale avait dit son dernier mot.

L'auteur laisse absolument de côté les perforations de l'estomac dont le traitement n'est plus aujourd'hui discuté; et il s'efforce d'établir, par des statistiques reposant sur un nombre de faits considérable recueillis dans tous les pays, que l'intervention chirurgicale doit faire plus que de la laparotomie pour une péritonite généralisée ou localisée et qu'elle peut beaucoup pour les hémorrhagies, les adhérences, l'estomac biloculaire, la sténose du pylore, et même pour les ulcères rebelles.

Après un historique complet de la question, les indications de l'intervention dans chaque cas sont tracées aussi nettement que possible; car si l'auteur admet l'intervention, il ne la préconise que déterminée par des raisons sérieuses. Vient ensuite l'exposé des méthodes opératoires qu'il croit les meilleures dans chaque cas.

Les observations rassemblées sont au nombre de quatre-vingt-seize. L'auteur croit avoir cité toutes les opérations faites pour hémorrhagies, adhérences, estomac biloculaire, ulcères rebelles. Quant à celles pour sténose elles sont tellement nombreuses qu'il est impossible de les rassembler toutes. Du reste, elles n'ont pas toutes été publiées.

A priori, le titre du travail ferait supposer des tendances interventionnistes exagérées. la lecture convaincra qu'il n'en est rien et la formule donnée par l'auteur est telle « qu'il n'est aucun médecin, si abstentionniste soit-il, qui ne s'y rallie ».

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Chirurgie des Centres nerveux, par le Dr Glantenay, prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, 1 vol. in-16 de 300 pages, avec 30 figures, cartonné en toile souple, 5 fr.

La chirurgie des centres nerveux a été l'objet de nombreux et importants travaux dans ces dernières années. Ce livre a pour but de mettre à la portée du praticien la solution de ces nouveaux problèmes cliniques ou opératoires, dont la connaissance s'impose parfois à lui avec urgence. La 1re partie est consacrée au *cerveau*, la 2e à la *moelle épinière*. Dans chacune d'elles, on trouvera d'abord un exposé de la technique des principales opérations, puis les indications du traitement chirurgical dans les lésions traumatiques ou spontanées des centres nerveux.

La *chirurgie de l'encéphale* comprend la technique des opérations crânio-encéphaliques et de la trépanation. les lésions traumatiques des téguments, du squelette, des méninges et de l'encéphale, les lésions infectieuses intra-crâniennes (méningites, phlébite des sinus de la dure-mère, encéphalite, abcès intracrâniens), les tumeurs intracrâniennes, les troubles fonctionnels d'origine encéphalique, notamment l'épilepsie, enfin les affections congénitales de l'encéphale.

La *chirurgie de la moelle* comprend la technique des opérations pratiquées sur le rachis et la moelle épinière, les lésions traumatiques vertébrales et méningo-médullaires, les lésions non traumatiques, lésions tuberculeuses et tumeurs, enfin le spina-bifida.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

Epreuve opératoire : MM. Reymond, 25; Thiéry, 28; Souligoux, 27; Bouglé, 27; Guillemain, 27; Morestin, 27; Glantenay, 24.

Concours de médecine.

Le deuxième concours pour trois places de médecin des hôpitaux et hospices de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Caussade, Rénon et Claisse.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

68e ANNÉE. 10e SÉRIE. TOME I. N° 31 31 JUILLET 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'incision libératrice de la capsule propre du rein (1)

(Néphrolibération du professeur Folet),

Par le Dr O. LAMBRET,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lille.

Les moyens d'investigation ne nous manquent pas à l'heure actuelle, quand il s'agit de reconnaître une affection du rein. Les différents modes de palpation et d'exploration, la recherche minutieuse de commémoratifs que nous avons appris à connaître, suffisent la plupart du temps pour nous permettre de poser un diagnostic exact. Il est cependant des cas où l'intervention se présente à l'esprit du clinicien comme nécessaire et indiquée, mais reste comme indécise et peu nette pour l'opérateur qui ne peut pas dire à l'avance exactement ce qu'il fera. Dans tel cas, on se propose la néphrotomie, et c'est la néphrectomie qui est effectuée; ou, encore, telle néphrectomie commencée est reconnue impossible ou dangereuse et devient une simple néphrotomie. C'est qu'il en est du rein comme de certaines tumeurs abdominales, et, en général, de tous les organes profondéments situés, il faut toujours laisser une place à l'imprévu et s'outiller pour différents buts.

Ainsi donc, il est certain que des opérations, commencées pour traiter une affection donnée, ont été abandonnées pour d'autres, parce qu'une fois le rein découvert, les conditions n'étaient pas telles qu'elles avaient été présumées. C'est ainsi qu'a été faite, certainement plusieurs fois, la plus simple peut-être de toutes les opérations sur le rein, tout au moins celle qui l'entame le moins dans sa substance : l'incision libératrice de la capsule propre du rein que Le Dentu appelle néphrotomie superficielle.

A première vue, il n'apparaît pas que cet acte opératoire, si simple, puisse donner des résultats bien brillants, car il semble que c'est faire peu de chose que de se borner à inciser la capsule fibreuse du rein. Cependant, en dehors des cas où elle a été pratiquée d'une façon toute fortuite et non préméditée, en dehors de ceux où elle a été faite en désespoir de cause (cancer), il en est d'autres où elle a pu paraître indiquée et logique, soit avant, soit pendant l'opération.

Exemple, l'observation que voici :

Il s'agit d'une femme V. B..., 32 ans, entrée à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille (service de M. le professeur Folet), le 11 janvier 1896, après une chute sur le côté droit. En descendant un escalier, elle a glissé de telle façon que la partie qui correspond à l'espace intercosto-iliaque a porté sur le rebord d'une marche. Elle ressentit une violente douleur qui est restée localisée à la même place et qui persiste, quoique amoindrie à l'heure actuelle. Une demi-

(1) Extrait de la *Revue de Chirurgie*, n° 3, 10 mars 1897.

heure après l'accident il y eut une hématurie abondante avec émission de caillots allongés. Cette hématurie s'est manifestée à chaque miction pendant cinq jours. Onze jours après l'accident, c'est-à-dire le 22 janvier, les urines ont encore une teinte rosée.

La palpation, pratiquée dès le lendemain de l'entrée à l'hôpital, est rendue difficile par l'épaisseur de la paroi abdominale, la femme est très obèse; néanmoins la région contusionnée éveille une douleur très vive. Au bout de quelques jours, la douleur s'étant quelque peu calmée, la perception d'une tuméfaction suffisamment nette fait porter le diagnostic de contusion du rein ayant donné lieu à un hématôme. Malgré cela la température resta constamment normale; et la malade put sortir de l'hôpital fin février. Cependant il persistait encore dans le côté droit une douleur facilement éveillée, de même que la palpation de la région rénale laissait percevoir une induration limitée. Cette femme revient à la visite dans le courant du mois suivant : les douleurs sont à peu près nulles; on sent toujours une tuméfaction de l'extrémité inférieure du rein droit. L'état général est excellent et on se demande même si l'existence de cette tuméfaction ne peut pas être expliquée par un léger degré d'abaissement du rein.

La malade rentre de nouveau à l'hôpital, le 19 octobre. Le côté droit est, de rechef, devenu très douloureux. Les douleurs sont spontanées aussi bien que provoquées par la palpation, qui permet de constater encore la tuméfaction de la région rénale, qui, réalité ou illusion, paraît avoir augmenté de volume depuis le dernier examen. Bien que la température ne permette pas de diagnostiquer des phénomènes aigus, on pense à une infection à marche lente de l'hématôme primitif — hématôme périnéphrétique ou sous-capsulaire — et une intervention est décidée.

L'opération est pratiquée le 11 novembre par M. le professeur Folet, par la voie lombaire. Incision de 12 centimètres, en dehors des muscles, la capsule graisseuse du rein est trouvée immédiatement, et le rein lui-même est découvert. Il n'y a pas de trace de pus, mais la consistance de la glande est dure et anormale. La capsule propre est alors incisée au bistouri sur une petite étendue; elle est remarquablement épaissie et fibreuse mais, au-dessous d'elle, l'organe paraît sain. M. Folet pratique alors au thermocautère, d'un bout à l'autre du grand bord du rein, une espèce de taille de la capsule propre qui a une épaisseur de quatre à cinq millimètres. Il s'écoule un peu de sang qui est bientôt arrêté par une légère compression. Drainage et pansement. Les suites de l'opération furent remarquablement simples. Le 20 novembre, la plaie était guérie, sauf un petit orifice à l'endroit du drain qui disparaissait au pansement suivant.

Depuis, les douleurs n'ont plus reparu; la malade est sortie de l'hôpital le 20 décembre avec une ceinture abdominale; elle a repris son métier de servante, très satisfaite de son état.

Ainsi donc, il a suffi au chirurgien d'inciser la capsule fibreuse du rein pour voir apparaître la cessation des douleurs continues et paroxystiques. Cette capsule propre, ainsi qu'on l'a vu plus haut, était évidemment le siège d'un processus pathologique; son épaisseur plus grande, sa consistance plus dure, sa couleur jaune grisâtre, laissaient immédiatement suspecter son intégrité. D'autre part, son adhérence avec la glande rénale était telle que la décortication complète eût nécessité une intervention. M. Folet se borna donc à une incision assez grande pour libérer le rein, qu'il supposait comprimé dans cette capsule en voie de rétraction fibreuse. Le résultat répondit d'ailleurs à son attente, puisque les douleurs disparurent, quand le débridement fut effectué. Pourquoi cet épaississement? Pourquoi cette compression d'une glande causée par la rétraction de la capsule? Quelle relation y a-t-il entre ce fait et le traumatisme initial, entre ces douleurs secondaires et la possibilité de la formation antérieure d'un hématôme sous-capsulaire? Ce sont questions difficiles à trancher nettement, à une époque aussi éloignée de la cause première. Mais il n'est nullement anti-physiologique d'admettre qu'un processus irritatif, né du traumatisme et portant à la fois sur le tissu rénal et sur la capsule d'enveloppe, ait provoqué d'une part une *pachycapsulite* (Folet), d'autre part une expansion par hyperémie du parenchyme glandulaire, d'où une double cause de gêne du rein. Ce qu'il importe d'ailleurs et avant tout de constater, c'est l'efficacité du traitement et l'excellence du résultat.

Bien qu'ayant dû être très rarement pratiquée dans des cas semblables (leur fréquence ne doit pas d'ailleurs être extrême, car nous n'avons pu trouver dans la bibliographie contemporaine ni dans les traités spéciaux, aucune observation qui pût être rapprochée de la nôtre), il ne faudrait pas considérer l'incision de la capsule propre du rein comme une opération nouvelle.

Le premier, Le Dentu, en 1881, a attiré l'attention sur elle dans une communication à l'Académie de Médecine. Il s'agissait d'un malade chez lequel les spécialistes les plus renommés avaient diagnostiqué un calcul du rein; les symptômes d'ailleurs étaient très nets, et surtout l'élément douleur était tellement prédominant que le malade gardait le lit ou n'osait plus quitter sa chaise longue, car aussitôt la marche

réveillait les souffrances. L'opération fut faite dans le but de débarrasser le malade du calcul petit ou gros qui était présumé habiter le rein; malheureusement, l'exploration directe de l'organe avec les aiguilles à acupuncture ne permit de découvrir qu'une crépitation fine, évidemment symptomatique de l'existence de petits graviers contre lesquels l'intervention chirurgicale était impuissante; ce que voyant, Le Dentu se contenta de débrider la capsule du rein au moyen du thermocautère. Nous passons sur les suites opératoires pour arriver immédiatement à cette constatation que le malade fut définitivement guéri, sinon de ses graviers, du moins de ses douleurs. Depuis, la guérison s'est maintenue et « l'opéré n'éprouve plus aucune douleur dans la région lombaire, peut marcher, se promener en s'appuyant sur une canne sans avoir le corps fléchi en avant comme jadis. » Le Dentu termine sa communication comme ceci : « Le résultat a été tel que si je me trouvais en présence des mêmes indications : douleurs permanentes, impossibilité de toute occupation, nécessité de garder la position horizontale, ma conduite serait sans doute la même; mais, cette fois, je ferais systématiquement le débridement de la capsule fibreuse du rein. »

Le Dentu suivit quelques années plus tard la ligne de conduite qu'il s'était ainsi tracée. Chez un homme qui avait déjà subi une néphrectomie et qui souffrait de l'autre rein, il mit à nu ce rein unique, espérant y trouver un calcul; son exploration demeura négative malgré de nombreuses recherches avec de fines aiguilles; le débridement de la capsule propre fut effectué à l'aide d'une longue incision sur le grand bord de l'organe. Le résultat ne fut pas aussi brillant que la première fois, mais la néphralgie n'en fut pas moins considérablement diminuée.

Dans l'intervalle cependant (1884), Reliquet, d'après une observation publiée dans la thèse de Brodeur (1886), avait, lui aussi, pratiqué le débridement de la capsule propre du rein, dans un cas tout différent, il est vrai. Ici encore le succès avait été complet, du moins au point de vue de la cessation des douleurs. Il s'agissait d'un homme qui avait dans ses antécédents plusieurs crises de coliques néphrétiques et à qui Reliquet découvrit plus tard un cancer du rein gauche qu'il tenta d'enlever; mais le tissu était tellement friable et saignait si facilement et si abondamment, qu'il dut se contenter d'un large débridement. « A partir de cette opération, les douleurs en urinant ont disparu complètement, les envies d'uriner sont devenues de plus en plus éloignées, et il n'y a plus de douleurs de coliques néphrétiques. Les urines ont augmenté de quantité, et il n'y a plus de nausées ni de vomissements. Le malade supporte très bien deux litres de lait par jour et se croit guéri (Th. Brodeur, Obs. 84). » Ceci ne l'empêcha pas de mourir deux mois plus tard, mais, hâtons-nous de le dire, les douleurs ne firent plus leur apparition.

Il faut croire que cette opération, si simple, ne séduisit pas les chirurgiens, car il n'en est plus fait mention dans la littérature médicale, ou peut être, si des faits ont été publiés, nous ont-ils échappé; nous en demandons bien pardon à leurs auteurs. En 1889, cependant, commentant une observation qu'il publie dans la *Revue de Chirurgie*, Sabatier (de Lyon) regrette de n'avoir pas pratiqué l'opération de Le Dentu. Sabatier avait enlevé un rein chez une névropathe qui se plaignait de douleurs dans le côté et présentait des hématuries.

Cependant un examen de la pièce enlevée permit de constater que l'organe était sain. Comme conclusion, le chirurgien, se basant surtout sur l'effet révulsif qu'il attribue à la section de la capsule au thermocautère, se prend à regretter de ne l'avoir pas pratiquée, et déclare qu'il aurait probablemeet guéri par la néphrotomie superficielle des troubles sur la nature hystérique desquels il ne paraît pas avoir de doute.

Somme toute, nous venons de produire des observations très diverses quant au fond, et nous avons vu chaque fois l'efficacité du débridement de la capsule, surtout contre l'élément douleur. Sommes-nous en état de donner une explication du mode d'action de ce moyen thérapeutique ? Nous croyons qu'il faut ici, plus qu'ailleurs peut-être, ne pas être trop affirmatif ni exclusif, car il est bien difficile d'émettre autre chose que des hypothèses. Le Dentu attribue surtout une grande importance à la diminution de la tension rénale. Il semble, en effet, que si le bourgeonnement cancéreux n'est plus gêné dans son travail de prolifération, il y a suppression d'une source de compression des extrémités nerveuses. De même, le rein agacé ou irrité par la présence de calculs dans ses canalicules, offensé par un traumatisme, une déchirure de son tissu, entravé dans ses congestions répétées par une capsule inextensible, pourra, semble-t-il, s'hyperémier tout à son aise, donner libre cours aux infiltrations de son parenchyme, lorsque cette capsule sera incisée. Il y a là une mise à l'aise, un « desser-

rage de corset », comme disait familièrement et pittoresquement Lucas-Championnière à propos de la trépanation appliquée à la compression supposée du cerveau dans l'épilepsie. Et ce desserrage, que M. Folet désigne sous le nom significatif de *néphrolibération*, manifeste tout d'abord et très logiquement son action par la disparition personnelle des douleurs. Dans notre observation on peut admettre une double cause de constriction du tissu rénal : l'expansion du parenchyme traumatiquement irrité et hypertrophié, venant se heurter en quelque sorte à une capsule que la même action traumatique a plus ou moins transformée en une gaine dure, épaisse et rétractile.

Néanmoins, il faut probablement faire également entrer en ligne de compte l'effet que doit produire la section d'un certain nombre de branches terminales du plexus nerveux rénal et attribuer une part, peut-être très grande, à la révulsion directe qui est produite sur le rein. La section est faite au thermocautère, dont on ne peut nier l'action révulsive, à laquelle vient se joindre l'action également révulsive produite par les manœuvres accompagnant la découverte du rein, par la palpation et la préhension manuelle d'un organe peu habitué à de semblables contacts, et qui, en temps ordinaire, est si bien protégé par ce matelas moelleux autant qu'épais qu'on appelle la capsule adipeuse.

En résumé, révulsion ou libération, peu importe; mais il semble que l'attention n'est pas suffisamment attirée sur cette opération évidemment bénigne et dont les effets thérapeutiques ne sont pas à dédaigner. Elle ne constitue, en somme, que le premier temps de toute intervention sur la glande, et rien n'empêche le chirurgien d'être armé pour une opération plus complète, s'il le juge nécessaire, quand il aura l'organe sous les yeux et dans la main.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juillet. — Présidence de M. Berger.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Quénu. — A propos de l'hystérectomie abdominale totale, je tiens à insister sur un point que je considère comme fort important. Je trouve déplorable toute technique qui demande qu'on mette le doigt dans le vagin. Le vagin est, en effet, impossible à désinfecter complètement, surtout quand ses culs-de-sac sont allongés comme dans les cas de gros fibrômes.

Ceci est d'autant plus important à établir que le procédé de Doyen peut parfaitement être exécuté sans mettre le doigt dans le vagin; le procédé américain permet aussi de s'abstenir de cette manœuvre. J'ai vu employer toutes ces méthodes, j'ai assisté M. Terrier dans sa manière de pratiquer l'hystérectomie abdominale, et l'on peut toujours arriver à faire cette dernière sans mettre les doigts dans le vagin, quel que soit le procédé employé.

M. Nélaton. — Je ne puis que répéter ce qu'a dit M. Segond. Il nous a parfaitement fait voir que le procédé de Doyen est le procédé de choix, et le procédé américain le procédé d'exception, les deux étant d'ailleurs excellents. Celui de Doyen sera de plus en plus applicable à tous les cas. J'ai pu le pratiquer dans des conditions assez délicates, puisqu'il s'agissait dans un cas d'adhérences unissant la face postérieure de l'utérus à la cavité pelvienne. Je n'ai donc rien à ajouter à la manière de voir de M. Segond.

Mais je veux appeler l'attention de la Société sur un point intéressant : le drainage par la cavité vaginale après le Doyen. Doyen, lui-même, ferme le vagin et fait une suture en bourse du péritoine. D'autres aiment mieux le drainage. Pour moi, j'associe les deux procédés : une mèche de gaze iodoformée assure l'écoulement des liquides, pendant qu'au-dessus une suture en bourse du péritoine pelvien ferme l'étage inférieur de la cavité pelvienne. On arrive ainsi à fermer la cavité abdominale, pendant qu'un drainage assure la propreté des parties opérées.

Il ne me reste plus qu'à faire connaître ma statistique. Sur 16 cas d'hystérectomie abdominale totale, j'ai eu 3 décès.

Cette statistique n'est pas pour accuser l'opération. Dans le premier des cas qui se sont terminés par la mort des opérées, il est sûr que la malade a succombé au shock. La seconde a succombé à une péritonite purulente; la troisième à de la septicémie gazeuse occasionnée par une piqûre malpropre, faite par la garde. Je le répète, c'est à des causes accessoires qu'il faut attribuer les trois morts qui assombrissent ma statistique.

M. Routier. — M. Richelot a abordé deux points dans sa communication : la technique opératoire de l'hystérectomie abdominale totale pour salpingites et fibrômes, et les indications déterminées de l'hystérectomie abdominale totale.

Sur ce dernier point, je veux, tout d'abord, indiquer ma façon de procéder. L'hystérectomie abdominale totale doit elle suivre l'extirpation des salpingites ? M. Hartmann nous a dit qu'il fallait, en effet, enlever l'utérus. Pour ma part, ma pratique diffère de celle-ci. Je crois qu'il est inutile d'enlever l'utérus systématiquement. Il y a des avantages à le faire dans certains cas, et je dois dire que j'ai été surpris alors de la bénignité des suites :

c'est ainsi qu'on agira par exemple si l'utérus est infecté, ou s'il est le siège de métrorrhagies fréquentes.

D'autre part, je trouve très utile le drainage vaginal. C'est ainsi que je fais toujours suivre du drainage l'ablation des salpingites graves, purulentes, très adhérentes, en crevant le cul-de sac rétro-utérin. Quant à l'infection de bas en haut du péritoine par le vagin, je ne la redoute nullement, parce que je ne l'ai jamais vue, et qu'ainsi elle ne mérite pas la crainte qu'elle inspire.

Sur la technique de l'hystérectomie abdominale, je n'ai que quelques mots à dire. C'est le procédé américain que j'emploie, mais en lui faisant subir la modification suivante : je remplace la ligature de l'utérine par une ligature élastique englobant tout ce qui reste après la ligature du ligament rond et de l'artère utéro-ovarienne. Cette ligature en masse, faite par un fil élastique passant par le vagin et servant de drainage, prend ainsi toute la partie inférieure du ligament large.

Les suites éloignées de l'hystérectomie abdominale sont aussi bonnes que possible, que l'utérus soit enlevé ou non.

En résumé, je crois qu'en cette question il faut être éclectique, ne pas rester l'esclave d'une méthode tant au point de vue technique qu'au point de vue doctrinal, et se laisser guider par les circonstances.

M. Richelot. — Je reviendrai au mois d'octobre sur la question de l'hystérectomie abdominale totale, et répondrai à ce moment à ceux qui n'ont pas semblé entièrement comprendre ma description. Je trouve le Doyen excellent, meilleur encore le procédé américain. Mon procédé n'est pas supérieur aux autres, mais au moins il leur est égal. Il se recommande surtout par l'abandon de tout ce qu'il est inutile de faire. Je me réserve de développer cette idée lorsque la Société reprendra ses séances.

Paralysie du nerf cubital par compression cicatricielle ; libération, guérison.

M. Routier. — Je suis chargé d'un rapport sur un travail de M. Jullier, médecin-major à Versailles.

Il nous a envoyé une observation de paralysie du nerf cubital par compression cicatricielle. Un malade est venu à lui, avec amaigrissement de la main gauche, de la face interne du bras, avec paralysie et atrophie des interosseux-palmaires, des muscles de l'éminence thénar et hypothénar. En un mot, le malade avait la griffe cubitale. Les muscles innervés par le cubital ne présentaient pas de réaction à la faradisation.

Le malade portait de plus une cicatrice au bras, au niveau du nerf cubital. M. Jullier sentit à ce niveau une masse dure. Le 10 février 1897, il fit une incision de sept centimètres sur le trajet du cubital, au point où se trouvait la cicatrice. Le nerf était pris dans une gangue fibreuse dont M. Jullier le libéra. La guérison fut complète.

Cette observation est intéressante et méritait d'être rapportée. Un point est surtout curieux : c'est l'absence de douleurs accompagnant cette paralysie. Voici comment expliquer ce fait : dans l'intérieur du nerf se trouvait un petit fibrôme. Ce dernier comprimait et étouffait les tubes nerveux. Enfin, je dirai que M. Jullier est parvenu à mener cette intervention à bien avec la cocaïne, sans recourir à l'anesthésie générale, à laquelle j'aurais peut-être eu recours.

Tumeur sublinguale

M. Broca. — M. Braquehaye (de Bordeaux) a opéré une tumeur singulière de la langue chez un jeune enfant. Elle l'empêchait de teter, et provoquait ainsi indirectement de l'athrepsie. M. Sabrazès examina cette tumeur, et vit une hypertrophie simple des glandes salivaires sans dégénérescence néoplasique, ce qui est fort rare. L'enfant a du reste survécu à l'opération, mais est loin de se trouver dans un bon état de santé.

Fistule utéro vésicale traitée par la taille sus-pubienne.

M. Ricard. — M. Latouche (d'Autun) voyait, au mois d'octobre, une femme accouchée en avril et présentant une fistule utéro-vésicale. Le fait fut nettement établi au point de vue clinique. Aussitôt, M. Latouche intervint, ouvrit la vessie, arriva sur la fistule et la sutura par des fils de soie.

La nécessité de l'opération s'imposait naturellement. L'occlusion directe était le mode d'intervention à employer dans le cas présent. Toutefois, je ferai à M. Latouche une objection d'ailleurs toute théorique : pourquoi être d'emblée passé par la voie sus-pubienne, d'autant plus que, comme il le dit lui-même, le vagin et le col étaient en bon état. Pourquoi n'avoir pas regardé si la voie vaginale n'était pas accessible ?

Deux faits sont à relever dans l'observation de M. Latouche : la nécessité d'une grande incision dans ce genre d'opération, et la manière d'employer le ballon de Petersen. Il faut introduire ce dernier par le vagin, mais ne le laisser qu'au début, quand il s'agit de découvrir et d'ouvrir la vessie. Il devient nuisible, au contraire, quand la vessie est ouverte, et à ce moment il faut l'enlever. Enfin, M. Latouche dit que l'avivement est difficile. On coud, ajoute-t-il, ce qu'on peut et comme on peut, tout en s'occupant soigneusement de la situation des uretères.

M. Latouche a fait cette opération après Pousson, après M. Duplay et bien d'autres. Elle est délicate et fort peu aisée, et il faut plus d'habileté pour réussir par la taille sus-pubienne que par la voie vaginale.

Présentations de malades.

M. Schwartz présente une jeune fille qui avait une énorme tumeur érectile de la joue gauche. On a voulu l'enlever par le bistouri, mais l'hémorrhagie fut telle qu'on a dû s'arrêter.

M. Schwartz y a fait deux cents piqûres par l'électrolyse en l'espace de trois ans. Actuellement cet angiôme diffus sous-cutané, qui doublait le volume de la joue, a complètement disparu.

M. Walther présente un malade opéré par lui, en 1894, d'une luxation ancienne de la hanche, totalement irréductible. La tête se trouvait au niveau du trou ovale. Il l'a revu trois ans après, appuyant sur sa jambe, faisant les mouvements de flexion de la cuisse sur la hanche, mais avec le membre inférieur raccourci de sept centimètres. Il a été forcé, en opérant ce malade, de faire la résection de la tête fémorale, laissant toutefois un moignon de col qu'il a mis en rapport avec la cavité cotyloïde. Le raccourcissement actuel prouve que ce moignon est remonté au-dessus de cette cavité.

M. Ricard rappelle avoir été un des premiers à indiquer ce procédé pour les luxations anciennes et irréductibles du fémur sur l'os iliaque.

M. Nélaton appuie la remarque de M. Ricard, en indiquant que c'est lui qui a le premier eu l'idée de conserver le col dans cette résection, et qu'il a obtenu un remarquable résultat de cette pratique.

M. Quénu rappelle avoir fait également un travail sur cette question, mais ajoute que M. Ricard a, le premier, modifié le procédé de résection de la tête fémorale, en conservant le col.

M. Reynier a présenté, en 1890, à la Société, un malade auquel il avait fait une résection de la tête fémorale, avec un excellent résultat.

M. Routier présente un malade amputé de l'avant-pied par le procédé de M. Ricard, qui conserve le calcanéum. Le résultat est aussi bon qu'il est possible.

M. Reclus présente un malade atteint d'une fracture de jambe et traité par un appareil ambulatoire, avec beaucoup de succès.

M. Robert montre un malade guéri d'une fracture du maxillaire inférieur.

M. Berger présente un malade chez qui il a pratiqué la résection totale de l'omoplate pour sarcôme récidivé du trapèze.

Présentation d'instrument.

M. Richelot présente un autoclave pour la stérilisation du catgut, employé en Amérique.

Présentations de pièces.

M. Cerné (de Rouen) présente un anévrysme artérioso-veineux de la cuisse.

M. Reynier montre un fibrôme de trois livres et demie de la région iliaque, implanté sur le périoste de la crête iliaque.

M. Reynier présente deux chiens. Chez l'un, il a sectionné le canal cholédoque, chez l'autre l'uretère. Puis il a suturé ces deux canaux par des sutures en U, en adossant les muqueuses. Les animaux se rétablissent bien.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juillet.

Ablation du corps thyroïde dans le goitre exophtalmique.

M. Doyen présente à l'Académie deux observations de goitre exophtalmique traité par la thyroïdectomie. Dans la première la guérison s'est maintenue depuis deux ans et demi. La seconde malade a regagné son embonpoint et se trouve en parfaite santé depuis son opération.

L'orateur insiste sur l'origine thyroïdienne de cette maladie. Aussi ne peut-il admettre la résection du grand sympathique cervical, moins efficace et plus dangereuse que la thyroïdectomie; il termine en montrant l'innocuité de cette dernière intervention, et conseille d'enlever le goître comme on extirpe une tumeur du sein, vite et simplement.

Intervention dans l'ulcère de l'estomac.

M. Delagénière est intervenu dans un cas d'ulcère de l'estomac, avec perforation de cet organe et adhérences au diaphragme. Il a enlevé avec l'organe accolé une partie du muscle adhérent et a refoulé dans l'estomac la partie malade et le muscle détaché, afin d'en amener la digestion. C'est une véritable invagination. Aujourd'hui la malade est en parfait état.

D'ailleurs M. Delagénière estime que les ulcères de l'estomac ne cédant pas au traitement ordinaire et ceux qui récidivent doivent être opérés.

Résection du grand sympathique dans le goître exophtalmique.

M. Poncet, au nom de **M. Jaboulay**, lit une communication sur cette question. Ce dernier a employé cette méthode dans neuf cas. Cinq autres cas ont été traités par ce même procédé.

L'opération est simple, sans danger, et est suivie d'une constante amélioration. Jamais elle n'a eu d'influence fâcheuse, n'a jamais produit de trouble trophique ni altéré aucun appareil de l'organisme.

Les résultats paraissent meilleurs chez les personnes âgées que chez les jeunes filles, ce qui semble tenir à un état physiologique des systèmes modérateur et accélérateur du cœur, différent suivant les périodes de la vie.

Les anomalies anatomiques doivent également attirer

l'attention. On voit quelquefois deux cordons relier le ganglion cervical supérieur au ganglion moyen. Le ganglion cervical supérieur peut être bifide. C'est ce qui explique l'insuffisance des résultats dans certains cas, où ces anomalies auraient passées inaperçues.

Bien entendu, cette opération doit être réservée aux cas graves, rebelles aux méthodes médicales et à l'hydrothérapie, et surtout aux formes accompagnées d'une forte exophtalmie.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 8 juillet.

Contribution à l'anatomie pathologique de la môle hydatiforme.

M. Durante. — L'auteur a eu l'occasion d'étudier, dans le laboratoire de M. Porak, un certain nombre de môles qui au point de vue de l'histologie présentaient des différences assez notables. Chez la première le revêtement des vésicules comportait bien une couche syncytiale; elle était très mince, comme atrophiée, et ne poussait que rarement des prolongements et ceux-ci toujours très grêles. Au centre de plusieurs vésicules, ou bien d'un tissu myxomateux on constatait l'existence de nombreux faisceaux formés de fibres concentriques et dus à l'union de plusieurs petites vésicules dont le revêtement plasmodial s'était atrophié aux points de contact, et n'était plus représenté que par quelques noyaux, tandis qu'il persistait à la périphérie. Le parenchyme conjonctif n'est plus que faiblement myxomateux et présente un peu de tendance à la transformation scléreuse. — Il s'agit d'une môle en voie d'involution scléreuse avec régression de sa portion épithéliale.

La seconde, qui avait les dimensions d'un œuf de deux mois, offrait des villosités présentant une trame conjonctive normale; elles étaient entourées d'une épaisse couche syncytiale. De cette couche partaient des prolongements de toutes formes extraordinairement volumineux. Ces bourgeons plasmodiaux présentaient les formes les plus variées, en massue, en raquette, en long ruban. Ces masses plasmodiales, sans membranes d'enveloppe, sans trace de différenciation cellulaire sont bourrées de noyaux et présentent souvent des vacuoles remplies de mucine. Contrairement à ce que l'on observe dans les autres môles, la couche de Langhans ne prend pas part au processus pathologique; c'est une môle encore purement *syncytiale*. Signalons enfin l'envahissement de la caduque, nouvelle preuve de la vitalité du syncytium, pouvant faire craindre une évolution maligne. Cependant dix-huit mois après l'expulsion de cette môle la malade étant encore en parfaite santé, on peut espérer que l'élimination de ce produit pathologique aura été complète.

Ainsi alors, que la première de ces observations représente une môle en voie de sclérose, la deuxième concerne une môle en prolifération presque purement épithéliale.

Dans un parenchyme, l'hyperplasie des éléments épithéliaux avec conservation de leurs rapports physiologiques rentre dans la catégorie des adénômes. Ces adénômes peuvent ultérieurement évoluer soit du côté de la régression fibreuse par prédominance du tissu conjonctif, soit du côté de la tumeur maligne épithéliale lorsque l'élément épithélial prenant le dessus, prolifère activement en abandonnant ses rapports histologiques normaux avec le tissu cellulaire voisin.

Le syncytium représentant l'ectoderme fœtal modifié à la surface des villosités, il serait permis, jusqu'à un certain point, de considérer la môle hydatiforme comme un *adénôme* placentaire ou mieux villeux qui pourrait évoluer, soit dans le sens de la transformation fibreuse (1re observation, môle scléreuse), soit dans le sens épithélial pur représentant l'épithélium ectoplacentaire.

Fibrôme utérin.

M. Pichevin. — Il s'agit d'un fibrôme pédiculé de l'utérus qui était le siège d'une fausse fluctuation si nette qu'il avait été pris pour un kyste de l'ovaire.

Bassin transversalement rétréci chez une rachitique.

M. Fournié (d'Amiens). — Chez une femme rachitique à diamètre promonto-sous-pubien de onze centimètres, le médius et l'index introduits dans le vagin suivaient au contact les parois latérales en s'écartant l'un de l'autre de deux travers de doigt. Les lignes innominées semblaient antéro-postérieures et presque rectilignes derrière la symphyse pubienne. Les épines sciatiques sont saillantes, les ischions assez rapprochés pour admettre difficilement le passage de trois doigts placés en travers. On provoqua l'accouchement à huit mois et demi; l'enfant mourut pendant le travail : basiotripsie, suites de couches normales.

Suite de la discussion sur le traitement de l'avortement incomplet.

M. Maygrier est d'avis qu'en cas d'avortement incomplet, il faut intervenir : 1° Lorsqu'il se produit des accidents graves d'hémorrhagie ou d'infection; 2° Lorsqu'on se trouve en présence d'un avortement gémellaire; 3° Lorsqu'on hésite sur l'origine de l'avortement, lorsqu'on soupçonne des manœuvres abortives; 4° Lorsque la rétention dure depuis trois ou quatre jours, et que sans tendance à l'hémorrhagie ou à l'infection, la délivrance ne se fait pas spontanément. Ne jamais laisser une femme quitter l'hôpital avant qu'elle ne soit complètement

délivrée. L'auteur est partisan convaincu du curage digital : il proscrit l'emploi de la curette qui dans les mains les plus expérimentées ont causé des perforations utérines.

MM. Vallon et **Paul Petit** présentent une observation de vaginisme avec orgasme vénérien se produisant chaque fois que la vessie est pleine. Le centre d'innervation de la vessie n'étant pas loin du centre génital, on comprend que sous l'influence de l'hyperexcitabilité de la moelle lombaire, une excitation se produise de l'une à l'autre. Ici, il est probable que la confusion des deux réflexes reconnaisse comme cause la congestion vésicale.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'épithélioma du col de l'utérus.

G. Texier vient de faire sur cette question une thèse dont voici les conclusions :

1° Les indications les plus importantes de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement du cancer de l'utérus seront fournies par l'étendue de la lésion. Il faudra, pour la délimiter, un examen méthodique et très complet. L'hystérectomie est indiquée, quelque minime que soit la lésion. L'envahissement secondaire du corps seul n'est pas une contre-indication ; quand le col est envahi en entier, il faut être très réservé et n'intervenir qu'après s'être très assuré de l'intégrité du paramètre, des ligaments larges, des fonctions urinaires et de la facilité probable de l'opération par la mobilité et l'abaissement facile de l'utérus. Enfin, quand on a acquis la certitude que l'épithélioma a dépassé les limites de l'utérus, l'hystérectomie est formellement contre-indiquée.

2° Les formes anatomiques les plus malignes sont la forme interstitielle et la forme ulcéreuse. Il importe d'être très prudent dans les interventions dirigées contre elles. La forme végétante évolue moins vite et donne des résultats opératoires beaucoup plus favorables.

3° La marche plus ou moins rapide de la maladie ne donne aucune indication particulière; tout dépend de l'étendue de la lésion.

4° Les douleurs localisées au niveau de l'utérus n'ont pas de signification pronostique grave; les douleurs irradiées ou à distance, quand elles sont fixes et tenaces, sont le plus souvent le résultat d'une propagation du néo plasme. Elles doivent faire pencher en faveur de l'abstention. L'hystérectomie ne les soulage que d'une façon incomplète et passagère.

5° L'albuminurie est due presque toujours à une néphrite interstitielle consécutive à la compression des uretères elle est une contre-indication formelle de l'hystérectomie. La simple diminution des principes solides de l'urine rendra le chirurgien méfiant, sans toutefois l'empêcher d'entreprendre une intervention radicale.

6° Les hémorrhagies sont une indication de l'hystérectomie : ou celle-ci sera facile et on pourra intervenir presque en pleine hémorrhagie, ou elle s'annonce difficile et pénible ; il faudra d'abord tarir les pertes de sang, tonifier la malade et enlever plus tard l'utérus, s'il en est encore temps.

7° L'état de l'utérus comporte quelques indications particulières :

a) *Grossesse :* Quand la lésion est limitée, extirper l'utérus par le vagin, soit directement, soit après avoir évacué son contenu s'il est trop volumineux par une opération préliminaire (accouchement provoqué, opération césarienne). Si la lésion ne peut être toute enlevée, se borner à des soins médicaux et provoquer l'avortement si l'état de la malade fait supposer que la grossesse ne pourra aller assez loin pour donner un enfant viable;

b) Les inflammations et les déviations de l'utérus bénéficieront de l'hystérectomie vaginale : c'est une indication qui vient se joindre à celle de l'épithélioma;

c) La coexistence du fibrôme et du cancer n'est pas très rare; les indications se basent sur le volume du fibrôme; quand celui-ci peut être enlevé par le vagin, c'est le procédé de choix; sinon on l'enlèvera par l'abdomen.

8° Les lésions annexielles sont rares au cours du cancer du col; celles que l'on rencontre sont: le cancer secondaire de l'ovaire, qui est motif d'abstention formelle; les affections inflammatoires ne pourront que bénéficier de l'hystérectomie. Les kystes de l'ovaire peu volumineux pourront être extraits par le vagin avec l'utérus: sinon on pratiquera l'ovariotomie par la voie abdominale, soit dans la même séance que l'hystérectomie, soit plus tard.

9° Les inflammations aiguës du péritoine pelvien contre-indiquent temporairement l'hystérectomie ; les inflammations chroniques l'indiquent au contraire.

10° Le rétrécissement du vagin, lorsqu'il n'est que peu ou pas dilatable, oblige de recourir à la voie abdominale.

11° L'état général fournit plusieurs indications :

a) Les troubles cachectiques, surtout ceux qui sont dus aux hémorrhagies, bénéficieront de l'hystérectomie;

b) L'âge de la malade ne contre-indique l'hystérectomie que lorsqu'il est très avancé et que la lésion évolue très lentement ;

c) Parmi les différentes diathèses, le diabète est le seul dont l'influence soit bien connue ; elle est néfaste et contre-indique formellement l'hystérectomie ;

d) Les lésions des principaux organes de l'économie : foie, cœur, etc., sont constantes à une période avancée

de la maladie; mais à la période chirurgicale elles sont peu accusées et très difficiles à reconnaître.

Quand on les a diagnostiquées, elles commandent l'abstention.

(*Sem. gynécol.*, 6 juillet 1897.)

Volumineux calcul vésical.

A la Société d'Anatomie de Bordeaux, **M. Pousson** montre un volumineux calcul vésical enlevé par lui ces jours derniers. Il pèse deux cent soixante-dix grammes; son grand diamètre mesure dix centimètres; le plus petit égale sept centimètres. La grande circonférence mesure vingt-huit centimètres, tandis que la plus petite mesure dix-huit centimètres. Sa consistance est très dure. Malgré ses dimensions, il ne déterminait pas de signes fonctionnels bien marqués. Son début paraît remonter à il y a quinze ans. L'exploration de la vessie permit de se rendre compte qu'il était enchatonné, et c'est ce qui détermina à pratiquer la taille hypogastrique. En raison de ses dimensions, le calcul n'aurait pu passer par l'incision de la vessie si une sorte de version de calcul n'avait été pratiquée, accommodant ainsi les plus petits diamètres aux plus grands de la boutonnière vésicale. Le malade est actuellement en très bon état.

Il serait intéressant de calculer le degré d'accroissement des calculs. Cet accroissement est, d'après Cross, pour les calculs d'acide urique, de trois à huit grammes par année. Ultzman prétend qu'ils se développent d'un dixième de leur poids par année. Pour celui-ci, l'accroissement a été de dix-huit grammes par an.

Le volume des calculs n'est pas toujours en rapport avec leur dureté. Voici un calcul de trois centimètres qui était d'une dureté étonnante.

Au point de vue de leur litbothriciabilité, il y a lieu d'adopter la division de Civiale, en granuleux très durs et lamelleux à consistance moindre. D'ailleurs ce n'est qu'en travaillant le calcul que l'on peut se rendre compte de son degré de dureté.

(*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 4 juillet 1897.)

Rein flottant simulant un kyste de l'ovaire.

A la Société de Chirurgie de Saint-Petersbourg, **Lebedev** a fait la communication suivante :

Des cliniciens fort habiles, tels que Péan et Lawson Tait, ont commis l'erreur de prendre un rein flottant pour un kyste ovarien. Il insiste tout d'abord sur l'importance, dans les cas douteux, d'examiner les femmes dans la position de Hégar et indique la valeur qu'il faut attribuer aux rapports de la tumeur avec l'intestin : celui-ci se trouve en avant quand il s'agit d'un rein; en arrière quand il s'agit d'un kyste dermoïde. Le diagnostic n'en reste pas moins difficile, comme l'atteste le cas suivant :

Femme de 19 ans; a eu un enfant; bien réglée. Se plaint de douleurs dans le bas-flanc gauche. Au palper, on délimite facilement une tumeur assez dure, indolore, située à gauche, tout contre l'utérus, mobilisable de bas en haut : on peut la ramener jusqu'à l'ombilic, mais cette manœuvre est douloureuse. On n'arrive pas à déterminer exactement le pédicule de la tumeur et par conséquent les points d'attache avec l'utérus. L'examen dans la position de Hégar permit d'établir mieux les connexions de la tumeur avec l'utérus, le vagin paraissait légèrement suivre les mouvements imprimés à la tumeur; quant à l'utérus, il est manifestement gravide.

Diagnostic. — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche, grossesse.

Opération. — A l'ouverture de la paroi l'anse sigmoïde fait saillie; celle-ci écartée, on constate que le repli péritonéal qui enveloppe la tumeur va se continuer avec le ligament infundibulo-pelvien de l'ovaire. Par sa position, la tumeur rappelle absolument un kyste ovarien, mais son aspect extérieur est celui d'un rein. Le diagnostic, modifié, fut donc celui de rein mobile. Or quel fut l'étonnement du professeur Lebedev, quand il alla explorer la loge d'où le rein gauche avait dû émigrer de la trouver occupée par un rein absolument normal ! Le rein droit étant, lui aussi, en place, l'opérateur résolut d'enlever la tumeur litigieuse, probablement un rein surnuméraire. Le pédicule en était excessivement vasculaire, une pince céda, on eut beaucoup de peine à arrêter l'hémorrhagie. La malade guérit, sans présenter rien de particulier.

A l'examen, la pièce présente absolument la forme, l'aspect, la consistance d'un rein normal, avec son hile, ses bassinets, son uretère. Malheureusement le diagnostic histologique n'en a pas encore était fait.

(*Wratch*, n° 18, 1897 et *Sem. gynécol.*, 6 juill. 1897.)

De la pratique de l'hystérométrie.

A propos d'une grossesse anormale, **M. Dauchez** se demande dans quels cas il est permis de pratiquer l'hystérométrie. Quelques médecins seraient tentés d'ajouter à la réponse classique : après les règles, le complément suivant dans les métrites, chez les femmes porteuses de fibrômes, d'endométrite hémorrhagique. L'observation qui suit prouve que cette dernière manière de voir est mauvaise.

Une femme de 41 ans, enceinte de cinq mois, après dix ans d'interruption de grossesse, sans éprouver ni vomissements, ni vertiges, ni nausées, sans manifestations locales à la vulve et au col, en fait le sujet.

La grossesse avait continué malgré une perte de trente jours sans contractions, sans douleurs, sans expulsion de caillots. Seul le volume de l'utérus aurait pu éclairer le diagnostic, mais encore pouvait-on penser à un gros fibrôme chez une femme ménorrhagique, à une endométrite hémorrhagique consécutive à l'aménorrhée, etc.

Que conclure de ce fait, sinon que l'hystérométrie est une manœuvre dangereuse au premier chef.

L'hystérométrie, l'introdnction de crayons médicamenenx si commodes et si inefficaces doivent être réservées aux cas, rares d'ailleurs, où le médecin peut s'assnrer de visu de l'existence des régles ou soit, de par l'aveu de sa cliente, qu'elle ne s'est pas exposée à être enceinte.

Il est donc vrai de dire avec le Dr Gingeot : « La crainte de l'hystéromètre est le commencement de la sagesse. »

(*France méd.*, n° 19, mars 1897 et *Sem. gynécol.*, 6 juillet 1897).

Un cas d'hermaphrodisme.

Allen rapporte le cas d'un individu de 23 ans, le plus jeune de dix-sept enfants, issus de la même union. A relever dans l'anamnèse le fait que la mère a eu une frayeur le troisième mois de sa grossesse.

Jusqu'à l'âge de 14 ans, l'individu en question a été élevé en fille et plus tard sa mère lni a fait prendre des vêtements d'homme. Il déclare avoir eu depuis l'âge de 14 ans des pertes de sang mensuelles. La physionomie du malade est d'un féminisme très prononcé. La voix est d'un soprano agréable. Le tronc, le pelvis et les extrémités ont un caractère masculin. L'individn est parfois légérement hystérique ; il y a chez lui un état mental quelque peu exalté. A l'examen dn corps, on a constaté la présence d'nn pénis hien conformé et de dimeusions normales. Le périnée est très long. L'orifice rectal est large, presque dépourvu de sphincter et entouré de nœuds charnus qui ne ressemblent pas à des caroncnles myrtiformes ni à des hémorroïdes. On a remarqué à l'examen un léger écoulement de sang. On a trouvé à l'anus quelques cicatrices faisant penser à des lésions ulcéreuses. Il y avait absence de parties génitales féminines. Les testicules étaient insensihles à la pression. L'individu n'a jamais eu de penchant pour les femmes ; il a eu quelques rapports sexuels avec des hommes, mais sans plaisir. Craignant d'être forcé de reprendre des vêtements d'homme, il a quitté furtivement le sanatorium dans lequel il avait été reçn comme femme. L'auteur croit que l'on a eu affaire à nn aliéné qui croyait appartenir au sexe féminin.

(*Méd. Rec.* et *Indépend. méd.*)

CHIRURGIE DU THORAX

De l'endocardite traumatique.

Litten, sous le nom d'endocardite traumatique, a étudié les cas dans lesquels l'endocarde est le siége de diverses lésions traumatiques provoquées indirectement par les tranmatismes qui atteignent le thorax, sans produire des lésions apparentes de la peau. A la suite des accidents de cette nature, l'endocarde présente des déchirures, des décollements et des hémorrhagies sons-séreuses. Ces points lésés constituent des voies d'appel pour les germes pathogènes contenus dans le sang. Les microorganismes y produisent une inflammation végétante on septique.

La réalité de ces endocardites tranmatiques, très intéressantes an point de vue médico-légal, est démontrée par l'expérimentation et par l'autopsie des cas observés. Litten laissant de côté les cas d'endocardite septique, laquelle n'est qu'un épisode de l'infection générale, s'est demandé s'il y a une endocardite simple, aiguë on suhaiguë consécutive au traumatisme. Il a eu l'occasion d'observer un cas qni résout la qnestion. Un jeune homme qui faisait son service militaire dans la cavalerie reçut un jonr nn coup de pied de cheval au côté gauche de la poitrine.

A l'hôpital, on constata des signes d'endocardite, pnis le patient sortit après avoir été reconnu impropre au service pour quelque temps. Plus tard il fut réformé en raison de la persistance de la lésion cardiaque. Litten constata un brnit systolique à la pointe du cœur et une dilatation du ventricule droit. Au niveau de l'aorte, il existait aussi un bruit de sonffle dû à l'aortite traumatique.

Dans deux autres cas, des chocs portant sur la poitrine furent suivis plus tard de tous les symptômes d'une affection cardiaque, dyspnée, angoisse précordiale, palpitations, douleurs irradiées dans l'épaule gauche, souffles cardiaques. Ritter, Albutt, Stern ont noté des cas d'affection cardiaque consécutive à des conps sur le thorax on à des chutes.

Peacock, en 1865, avait réuni dix-sept cas, et Groning, en 1895, quatorze cas de déchirure traumatique des valvules aortiques.

Les déchirures peuvent atteindre des valvules saines ou des valvules déjà malades. Dans ce dernier cas une faible violence suffit pour amener ce résultat. Les phénoménes de l'insnffisance sont très prononcés et le brnit systolique s'entend parfois à distance.

Les patients deviennent subitement impotents à la suite de ces déchirures valvulaires. C'est surtout l'insuffisance aortique qui devient grave, le patient succombe à l'insuffisance cardiaque avant que l'hypertrophie compensatrice ait eu le temps de se développer. L'insuffisance mitrale causée par la rupture des cordons tendineux est moins grave, les phénomènes sont moins accusés, mais se montrent toujours avec une certaine hrusquerie après l'accident.

En résnmé, d'après Litten, l'endocardite traumatique peut se développer sans lésion extérieure apparente, elle donne parfois lieu à une lésion valvulaire chronique qui guérit très difficilement. L'endocardite traumatique peut prendre un caractère infectieux, enfin le traumatisme peut produire une déchirure valvulaire.

Au point de vue médico-légal, il importe peu que les valvules aient été ou non malades auparavant.

(*Deutsche med. Zeitung*, n° 46 et *France méd.*, 9 juillet 1897.)

Polymastie chez l'homme.

M. **Siraud** cite le cas d'un cultivateur de 70 ans qui se présente à l'auteur pour être opéré d'une hernie inguinale droite étranglée. En l'examinant, on remarque une particularité assez curieuse : sur le flanc droit, un peu au-dessus de la crête iliaque, à trois centimètres au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, se trouve une néoformation dont l'aspect est caractéristique : c'est une véritable mamelle abdominale du volume d'une mandarine et simulant une mamelle virginale. Elle offre les caractères anatomiques suivants : au centre de cette fausse tumeur s'élève un mamelon, bien développé, dont l'aspect rappelle de tous points un mamelon normal. On y voit même de petites papilles brunâtres saillantes, rappelant les tubercules de Montgommery. Un examen attentif montre que le mamelon semble imperforé. A la périphérie, la peau ne présente pas de pigmentation anormale; il n'y a pas d'aréole.

La masse même, hémisphérique, est mobile sur les plans profonds; à la palpation, elle donne la sensation d'une masse lobulée, glanduliforme.

Le malade ignore l'époque d'apparition de cette mamelle; elle aurait toujours existé, mais aurait pris, vers l'âge de 25 ou 30 ans, un développement bien marqué; depuis, son volume est stationnaire; elle est absolument indolore.

Ce vieillard présente, en outre, d'autres néoformations : sur la paroi thoracique latérale gauche, à dix centimètres en dehors du sein gauche, à quarante ou cinquante centimètres au-dessous, on voit une petite masse arrondie, lobulée, soulevant la peau et du volume d'une noix. Il n'y a, à son centre, aucune trace de mamelon. Une autre masse semblable existe à la partie supérieure et externe de la cuisse droite à cinq ou six centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, sur la même ligne verticale que la mamelle abdominale. Il en existe encore une symétrique à la racine de la cuisse gauche. Toutes trois simulent de petits lipômes.

Il s'agit, sans nul doute, remarque l'auteur, d'un cas de polymastie assez rare, qui emprunte son intérêt au développement anatomique parfait et au siège abdominal de la mamelle principale; les mamelles surnuméraires, développées au niveau de l'abdomen sont, en effet, fort rares. Tarnier en a observé deux symétriques chez une femme. D'autres observations ont été rapportées par M. Bruce et de Mortillet. On n'en cite pas dans les statistiques de Leichtenstein, de Laloy, etc., qui toutes indiquent la proportion plus considérable des mamelles thoraciques. L'auteur se réserve, d'ailleurs, de faire connaître la structure histologique de cette mamelle surnuméraire abdominale, laquelle a été enlevée, au cours de l'intervention pratiquée, pour remédier aux symptômes d'étranglement herniaire dont souffrait ce malade.

En résumé : polymastie caractérisée par quatre mamelles surnuméraires : l'une située sur le flanc droit, remarquable par son siège et son état de développement complet; deux autres, incomplètement développées, symétriquement placées sur la racine des cuisses et sur le prolongement d'une verticale tirée de la mamelle thoracique normale; une quatrième, à siège thoracique, au-dessous et en dehors du sein gauche.

(*Prov. méd.*, 26 juin 1897, et *Indépend. méd.*, 7 juillet 1897.)

CHIRURGIE DES MEMBRES

Diagnostic de la scapulalgie.

M. Floersheim consacre à cette question un article dont voici le résumé :

Parmi les affections chirurgicales chroniques, envahissant l'articulation de l'épaule, il en est une qui, en raison de la nature de ses lésions et des dangers qu'elle fait courir au malade, mérite d'être diagnostiquée de bonne heure : c'est la scapulalgie ou ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule. Si le diagnostic est relativement simple, lorsque l'arthrite est suppurée, il n'en est plus de même lorsque dominent seulement des troubles fonctionnels ou inflammatoires légers, époque à laquelle le chirurgien sera fréquemment consulté, et où une thérapeutique active aura des chances sérieuses de succès. Examinons donc avec MM. Duplay, Rochard et Moulin (*Man. de Diag. chir.*), les deux cas qui peuvent se présenter :

1° La scapulalgie n'est ni suppurée, ni fistuleuse. Deux grands signes serviront de diagnostic : la douleur et la gêne des mouvements. La douleur n'est pas toujours localisée à l'épaule; elle s'irradie au bras, au coude, au poignet. Les pressions l'augmentent et sont particulièrement senties au niveau de la coulisse bicipitale, où existe un prolongement de la synoviale, facilement envahi par les fongosités. Un choc de bas en haut du coude réveille cette douleur.

Quand on veut faire exécuter au malade un mouvement, on constate que c'est l'omoplate seule qui remue, et les mouvements propres de l'articulation sont extrêmement difficiles et pénibles. Aussi le bras prend-il rapidement une attitude vicieuse, s'écartant du tronc et se portant un peu en dehors; il en résulte une inclinaison du corps d'un côté et une sorte d'allongement du membre atteint; à côté de cet allongement apparent, il en existe un réel, dû à l'atrophie du deltoïde et à la formation de fongosités intra-articulaires qui séparent la tête de l'humérus de la cavité glénoïde; la palpation permet d'ailleurs de soupçonner la présence de ces fongosités, en donnant lieu à une résistance molle tout particulière. L'épaule n'est pas toujours augmentée de volume; elle peut prendre pourtant la forme dite : « en gigot de mouton »; enfin, l'on constate fréquemment des ganglions

axillaires. Si l'existence de ces signes est corroborée par ceux que fournissent l'interrogatoire du malade, ses antécédents héréditaires ou personnels, on arrivera facilement au diagnostic.

L'hydarthrose idiopathique de l'épaule est très rare et nettement fluctuante; l'arthrite blennorrhagique en dehors de la période aiguë, peut prêter à l'erreur, mais sa tendance à l'ankylose, l'absence de fongosités et la découverte d'un écoulement chronique ou non lèveront tous les doutes. L'arthrite syphilitique est rare à l'épaule; l'arthrite rhumatismale n'en altère pas la forme d'une façon continue, il donne lieu à des craquements articulaires, que l'on retrouve également dans la variété déformante. L'arthrite sèche ou déformante se rapproche pourtant d'une forme de scapulalgie, dite carie sèche de l'épaule. On se rappellera que la carie sèche est surtout observée au moment de la croissance, qu'elle s'accompagne souvent d'autres lésions tuberculeuses, qu'elle ne procède pas par poussées aiguës, avec épanchement et présence d'ecchondroses, comme l'arthrite déformante.

2° La scapulalgie est suppurée et fistuleuse.

Le pus peut exister, mais ne pas encore avoir perforé la peau. Il faut alors le chercher à la partie antérieure et interne du bras, au niveau de la coulisse bicipitale, siège d'un prolongement de la séreuse, du côté de la paroi postérieure de l'aisselle, au niveau du prolongement séreux qui suit le tendon du sous-scapulaire, et où il peut arriver quelquefois à soulever l'omoplate, et même dans les régions sus- et sous-épineuses.

Si l'abcès, communiquant avec l'articulation, a été découvert le diagnostic s'impose. Une seule affection mérite d'être diagnostiquée, car les signes ne peuvent être les mêmes : c'est l'ostéomyélite suppurée de l'extrémité supérieure de l'humérus en dehors de sa période aiguë.

(*Journ. des Prat.*, 10 juillet 1897.)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Programme du concours pour les fonctions de chef des travaux anatomiques.

Par arrêté ministériel en date du 23 juillet 1897, le programme du concours pour les fonctions de chef des travaux anatomiques est fixé comme il suit :

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie.

Trois heures sont accordées pour cette épreuve, qui a lieu sous la surveillance d'un membre du jury ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé;

2° Une leçon de trois quarts d'heure sur un sujet d'anatomie, après trois heures de préparation, sous la surveillance d'un membre du jury, sans aucun secours étranger;

3° Epreuves pratiques :

a) Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Cinq heures sont accordées pour cette préparation;

b) Une préparation de pièces destinées à être conservées. Cette préparation a lieu dans un délai fixé par le jury et qui ne doit pas dépasser six semaines;

4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

Ce concours s'ouvrira le 1er février 1898.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Pendant la période des vacances, M. Delbet, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Il commencera ce cours le mercredi 4 août 1897, à 10 heures du matin, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de Chirurgie.

Le deuxième concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Thiéry et Guillemain.

VARIA

Congrès pour l'étude de la tuberculose.

Le quatrième Congrès pour l'étude de la tuberculose aura lieu à Paris, dans la dernière semaine de juillet 1898, sous la présidence de M. le professeur Nocard, (d'Alfort).

Les quatre questions suivantes seront mises en discussion.

1° Des sanatoria comme moyens de prophylaxie et de traitement de la tuberculose. (Rapporteurs : MM. Le Gendre, Netter et Thoinot.)

2° Des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose. (Rapporteurs : MM. Landouzy et Maragliano.)

3° Des rayons X dans le diagnostic et de la tuberculose. (Rapporteurs : MM. Bouchard, Claude et Teissier.)

3° *bis* Des rayons X dans le traitement de la tuberculose. Rapporteurs : [MM. le professeur Loriet (de Lyon) et Bergonie (de Bordeaux).]

4° La lutte contre la tuberculose animale, par la prophylaxie. (Rapporteurs : MM. Nocard et Bang.)

Prière d'envoyer les adhésions, avec un mandat postal de 20 fr. à M. G. Masson, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU

TRAVAUX ORIGINAUX

Kystes hydatiques du corps thyroïde (1).

Par J. Vitrac,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

I

Les kystes hydatiques du corps thyroïde sont extrêmement rares. Davaine, dans son *Traité des Entozoaires* (1877), sur 300 cas de kystes hydatiques, ne signale que deux cas où la localisation dans la glande thyroïde soit vraiment acceptable.

Personnellement, nous n'avons pu réunir qu'une vingtaine d'observations éparses dans la littérature médicale.

Il faut citer à l'étranger les faits de Gooch (2), J. Hunter (1), Rapp (2), Bock (3), Albers (4), Gurlt (5) Meinert (6), Galozzi (7), et Karpetchenco (8).

En France, le cas de Licutand (1754) est le plus ancien; puis vient celui de Laënnec (1812) et celui de Jobert de Lamballe (cité par Velpeau dans ses cliniques (1847). Plus tard il est fait mention des kystes hydatiques thyroïdiens par Rullier (1817), Boyer (1821), Cruveilhier (1829), Bach (1855), Honel (9), qui rapporte un cas de Nélaton (1865), et Jaupitre (Thèse, Paris, 1876); plus près de nous, par Davaine (10) (1877), qui cite, outre les faits de Lieutaud, Laënnec, un fait de Ilaen; par Boursier (11); par Krishaber (12), et G. Marchant (13); dans les dictionnaires; par Broca (14) dans son article du *Traité de chirurgie.*

Les faits isolés de Ferrant (1851), Duguet (1886), Peyrot et Decressac (1888), ceux de Péan et Gérard Marchant, complètent la série des observations, pour la plupart réunies dans la thèse de Dardel (Paris, 1888).

(1) Extrait de la *Revue de Chirurgie*, n° 5, 10 mai 1897.

(2) Gooch : *Cases and pratical remarks in surgery with sketches of machines.* 2e édit, vol. II, p. 99, Norwick, 1767.

(1) J. Hunter (1839) : Traduction Richelot, t. I, p. 634 et 637.

(2) Rapp : In *Naumann Handbuchmedic. Klinik*, Bd 2, § 13. Berlin, 1830.

(3) Bock : *Lehrbuch der patholog. Anatomie und Diagn.* 3 Ausgang, p. 354.

(4) Albers : In *Casper's Wochenschrift, f. d. Ges. Heilk. Jahresb.*, 1850, n° 8, § 113.

(5) Gurlt : *Ueber die Cystengeschwulste des Halses.* Berlin, 1858, p. 273.

(6) Meinert (1885) : In Thèse de Dardel. Paris 1888.

(7) Galozzi : *Riforma medica*, 15 décembre 1886, p. 1731.

(8) Karpetchenco : *Protokoli Karkasskavo medicinskawo obchestestwa*, n° 14, 1891; — *Wratch*, 1892, p. 290.

(9) Houel : Th. agrég., 1860.

(10) Davaine : *Traité des Entozoaires.*

(11) Boursier : Thèse d'agrégation de chirurgie, Paris, 1883.

(12) Krishaber : In *Nouveau Dictionnaire encyc. des Sciences médicales*, 1883. Art. *Goître.*

(13) G. Marchand : In *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1883. Art. *Thyroïde*, XXXV, p. 580.

(14) Broca : In *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, 1891. Art. *Thyroïde*, V, p. 618.

II

L'observation qui nous a fourni l'occasion de cette étude a été recueillie dans le service de M. le professeur Lannelongue, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Nous la considérons comme absolument typique, car la tumeur siégeait à n'en pas douter dans le corps thyroïde (1), et elle s'accompagnait en outre de deux symptômes bien spéciaux, l'urticaire et la rupture spontanée et réitérée du kyste.

Vu son importance, nous pensons devoir la donner avec tous ses détails.

Il s'agissait d'un homme de 34 ans, H..., Jean, instituteur, qui, né dans les Landes, n'avait jamais cessé d'habiter ce département ou les parties limitrophes des Basses-Pyrénées. Point d'antécédents héréditaires intéressants, notamment pas de goitres où de tumeurs hydatiques dans sa famille : lui-même avait plusieurs enfants bien portants, et n'avait eu d'autre maladie qu'une dothiénentérie peu grave à 22 ans. A signaler que la viande de porc entrait assez fréquemment dans sa nourriture, et qu'il n'avait pas habituellement de chien auprès de lui.

Vers le milieu de l'année 1892, Jean H..., gêné en voulant boutonner le col de sa chemise, remarqua sur la partie antéro-latérale gauche du cou, un peu au-dessus du sternum, la présence d'une tumeur grosse comme un œuf, un peu fixée profondément, mais mobile sous la peau. Pendant quatre ou cinq mois, le volume de cette tumeur augmenta peu à peu jusqu'à atteindre la grosseur du poing. En même temps survinrent quelques tiraillements dans la région inférieure du cou, puis des démangeaisons localisées sur toutes les parties du corps, dont le grattage déterminait sur la peau la production de stries surélevées, blanches ou rosées, enfin de l'oppression et des difficultés pour avaler. Ces derniers symptômes venus tardivement duraient depuis une quinzaine de jours, quand brusquement, dans l'espace d'une minute ou deux, nous dit le malade, toute gêne disparut, en même temps qu'il voyait la tumeur s'effondrer complètement.

Il ne resta plus, à sa place, qu'un petit relief sensible au doigt en avant et à gauche de la trachée sur un espace large comme une pièce de cinq francs. Cependant le prurit devenait plus intense.

Période d'absence de la tumeur qui dure trois mois ; après quoi elle réapparait de nouveau et grossit pendant quatre mois pour arriver à son volume primitif. Entre temps la dyspnée légère et la dysphagie avaient recommencé ; mais le prurit tracassait beaucoup moins le malade. L'intensité de ce symptôme fut toujours en raison inverse de la grosseur du kyste ; le malade put facilement remarquer dans la suite cette particularité, car jusqu'en septembre 1894 la tumeur disparut et reparut ainsi trois fois dans les mêmes conditions.

C'est à cette époque que Jean H... vit un médecin, qui pratiqua une ponction avec une seringue de Pravaz. On retira un liquide absolument limpide dont la petite quantité n'avait pas évidemment fait diminuer sensiblement le volume de la tumeur. Mais cependant une demi-heure après il ne restait plus trace de celle-ci. Elle avait encore disparu, cette fois sans que le malade s'en fût aperçu, et sans qu'il pût retrouver même les vestiges qui persistaient habituellement.

Durant sept mois, après une crise plus violente d'urticaire, rien ne réapparut. Mais en mai 1895, la tumeur commença à poindre ; elle s'accrut jusqu'en août, et resta pendant ce mois avec le volume du poing. En septembre elle diminua ; en décembre elle était grosse seulement comme un œuf ; mais depuis elle entra dans une nouvelle phase d'accroissement. Si bien que le 31 janvier 1896, quand le malade arriva dans notre service, salle 17, lit 31, le kyste avait de nouveau repris le volume du poing. C'est ce qui avait amené Jean H... à réclamer une intervention, d'autant que depuis huit jours, aux troubles de la respiration et de la déglutition était venu se joindre un peu d'altération de la voix.

Le malade est de haute taille, d'aspect vigoureux. Son facies est normal, sans exophtalmie. La région du cou est déformée, élargie à la base par une tuméfaction qui en occupe la partie inférieure et latérale gauche, tandis que la saillie du cartilage thyroïde se voit à un centimètre et demi à droite de la ligne médiane. Sur le cou, pas de dilatations veineuses ; les téguments sont normalement colorés : ils glissent bien à la surface de la tumeur. On voit nettement que celle-ci est coupée en écharpe par le sterno-cléido-mastoïdien gauche, ce qui lui donne un aspect bilobé. La moitié externe de la tumeur remplit en effet une partie du creux sus-claviculaire ; sa moitié interne ; débordant la ligne médiane, va jusqu'au bord interne du sterno-mastoïdien droit. Mais ce muscle n'a avec elle que des rapports de contiguïté ; on peut s'en assurer en commandant sa contraction par des mouvements alternatifs, que le malade exécute d'ailleurs très bien, à droite ou à gauche. Mate à la percussion, la tumeur est séparée des téguments par une couche musculaire ou aponévrotique peu épaisse, qui en laisse percevoir bien nettement la consistance uniformément élastique, plutôt rénitente que fluctuante. Les limites sont marquées en bas par le sternum, en arrière duquel n'existe aucun prolongement appréciable ; en haut par le bord supérieur

(1) Peut-être faudrait-il ajouter quelques restrictions à cette affirmation, puisque nulle constatation directe n'a été faite du siège vrai de la tumeur. Mais nous donnons plus loin les raisons qui nous permettent, étant donné un kyste hydatique du cou, de dire s'il appartient à une partie quelconque de la région cervicale au voisinage du corps thyroïde ou au thyroïde lui-même.

du cartilage thyroïde; sur les côtés par le bord antérieur du sternocléidomastoïdien à droite, et la moitié du creux sus claviculaire à gauche. En tout, neuf centimètres en hauteur sur onze en largeur.

La tumeur est mobile dans le sens transversal, en entraînant la trachée, et immobile dans le sens vertical. Mais, si on fait avaler le malade, l'appareil laryngo-trachéal en se soulevant la déplace de haut en bas.

Pas de pédicule reliant la tumeur aux régions supérieures du cou, sous-maxillaire ou hyoïdienne; pas de souffle ni de battements, qui lui soient propres; pas de douleurs spontanées ou provoquées.

A part la déviation de la trachée, aucun organe ne semblait modifié par la présence du kyste; la dysphonie ne relevait que cette seule déviation, ainsi que le montra l'examen laryngoscopique.

Le foie est un peu gros; son bord antérieur est perceptible au-dessous des côtes; mais aucune trace de tumeur n'est appréciable; d'ailleurs aucun trouble fonctionnel de ce côté. Il en est de même pour les appareils de la digestion et de la circulation, etc., etc... Les urines sont normales.

La peau ne présente aucune particularité en dehors des crises de prurit et de l'éruption ortiée qui les suit. Elle n'a pas d'hyperthermie habituelle; les signes ordinaires de la maladie de Basedow font défaut.

Chez ce malade, le diagnostic de tumeur liquide appartenant au corps thyroïde n'était pas douteux; les caractères du liquide antérieurement ponctionné, mais plus encore les phénomènes de disparition et de réapparition de la tumeur, et l'urticaire, tels sont les signes qui permirent à M. Lannelongue de porter le diagnostic de kyste hydatique.

Ce diagnostic fut vérifié quelques jours après par une ponction, par laquelle on retira trois cent cinquante grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche, contenant huit grammes de chlorures par litre, pas de mucine, très peu d'albumine; pas de réaction par l'acide acétique, ni de précipité par la chaleur. Il n'y avait pas de crochets.

Après évacuation du kyste, on ne sentait pas de tumeur; les parois de la poche devaient être très minces. Elle fut lavée à plusieurs reprises avec une solution de sublimé à 1/1000: fermeture au collodion. Pendant deux ou trois jours, quelques douleurs très légères; et une petite quantité d'albumine dans les urines sans autre symptômes d'hydrargyrisme.

Puis la saillie du cou s'effaça totalement, cette fois sans que l'urticaire se fût montré; il n'était même plus provoqué, comme auparavant, dans les régions que l'on soumettait au grattage.

Jean H... a été revu deux mois, puis six mois après la ponction. Le cou est d'aspect absolument normal. L'exploration de cette région et celle de tous les viscères n'a amené la découverte d'aucune autre tumeur hydatique. Le malade peut être considéré comme absolument guéri.

III

Les kystes hydatiques du corps thyroïde sont rares, nous l'avons dit; mais les causes mêmes de cette rareté sont difficiles à apprécier, d'autant que le thyroïde reçoit une quantité de sang relativement considérable par rapport à d'autres milieux plus fréquemment atteints, muscles, tissu cellulaire du petit bassin, etc., etc.

La voie sanguine est celle qui conduit le plus souvent le germe hydatique dans la glande; cette localisation peut marquer le début de l'infection : c'est ce qu'il y a de plus fréquent; ou bien elle fait partie d'une infection parasitaire généralisée, comme dans les trois cas de Rapp, Albers, et Ferrant.

Il ne serait pas impossible cependant que l'embryon empruntât une voie plus directe pour arriver jusque dans le corps thyroïde. En effet, on a trouvé des hydatides disséminées dans les tuniques de l'œsophage, qui, sans doute, avait dû recevoir l'œuf du tænia dans un pli de sa muqueuse. La constitution sur place de l'embryon hexacanthe, sa migration à travers les tuniques de l'œsophage, puis jusqu'à un organe aussi voisin que le thyroïde : tels seraient les divers stades parcourus. Une telle opinion est très acceptable.

Enfin, il a été dit que le germe pouvait être déposé directement jusque dans le corps thyroïde. Meinert rapporte l'histoire de son malade, qui, ayant une plaie profonde du cou, avait pris l'habitude de faire lécher sa plaie par un chien; cette particularité lui donne à penser que cet animal atteint de tænia avait apporté jusque dans la plaie les œufs de son parasite.

Les kystes hydatiques du thyroïde ne semblent pas avoir été plus fréquemment observés dans les pays où l'hydatisme en général est plus ordinaire, car Finsen, dans une longue série de cas observés en Islande, ne les mentionne pas. Toutefois, rappelons que notre malade avait habité les Basses-Pyrénées et les Landes, alors que cette contrée fournit (cette particularité est bien connue dans les hôpitaux de Bordeaux) un très grand nombre de kystes hydatiques. La cohabitation avec les chiens, condition favorable, habituellement admise depuis Finsen, n'est rapportée que dans l'observation de Meinert.

Les considérations relatives à l'âge et au sexe n'ont pas une grande valeur; les femmes semblent cepen-

dant avoir été plus souvent atteintes que les hommes (deux tiers des cas) et l'âge moyen des malades, calculé entre quatorze et soixante ans, est de vingt-neuf ans.

Reverdin avait noté que, chez sa malade (atteinte de kyste parathyroïdien), la tumeur avait beaucoup augmenté pendant la grossesse, particularité très admissible, quand on songe à l'exagération de la nutrition générale et aux modifications du corps thyroïde pendant la gestation.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement du goître exophtalmique par la section ou la résection du sympathique cervical (1).

Par M. Jaboulay (de Lyon).

Les insuccès des opérations dirigées sur le corps thyroïde dans la maladie de Basedow, m'ont amené à agir sur le sympathique cervical. Une jeune malade que j'avais pu suivre dans le service de M. le professeur Poncet, dès 1893, et que j'avais à cette époque exothyropexiée, m'avait démontré l'inutilité et l'inefficacité des interventions thyroïdiennes. Imbu des idées courantes qui subordonnaient la triade symptomatique à la perversion de la sécrétion du corps thyroïde, j'avais luxé celui-ci au dehors, puis exposé à l'air à deux reprises consécutives. Un an après, je devais pratiquer la thyroïdectomie du lobe droit; au bout de quelques mois celle du lobe gauche; et ma malade, à qui il ne restait que le lobe médian, hypertrophié, il est vrai, n'était pas guérie : les palpitations, le tremblement persistaient, sans compter l'exophtalmie qui jamais n'avait rétrocédé. En réfléchissant alors à ce que pouvait être la maladie de Basedow, il me parut manifeste que celle-ci « offrait, au moins pour deux de ses symptômes cardinaux, l'exophtalmie et les palpitations, le tableau d'une excitation intense du sympathique cervical ». Aussi je résolus de sectionner ce nerf sur ma malade. Je pratiquai cette section entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion cervical moyen. Cette première opération a été relatée il y a dix-huit mois. Personne à cette époque n'en avait conçu l'idée. Il faudra attendre que je publie un second fait de ce genre, qu'un de mes internes insiste sur un troisième cas de section du sympathique cervical, que la Société de Médecine de Lyon se livre à ce sujet à une longue discussion, et qu'une thèse soit écrite sur ce mode de traitement, pour que l'opinion s'éveille. L'idée que j'avais émise, les faits qui en avaient été la conséquence, ont entraîné la conviction. D'une part, on s'occupe des explications qu'on pourrait donner au résultat que j'ai obtenu, et M. Abadie au Congrès de Chirurgie de 1896 renouvelle la théorie déjà ancienne émise par Rosenthal, de l'excitation des vaso-dilatateurs du grand sympathique dans le goître exophtalmique; d'autre part, et surtout les chirurgiens imitent ma conduite, et ne craignent pas de sectionner ou de réséquer la portion cervicale du nerf de la vie végétative. J'ai ainsi opéré neuf femmes atteintes de goître exophtalmique; six de ces observations ont été publiées; il en est trois récentes qui sont inédites. Avec l'observation de M. P. Reclus, celle de MM. Gérard-Marchant et Abadie, celle de MM. Chanffard et Quénu, les deux cas enfin de M. Jonnesco, le total des sections ou des résections du sympathique cervical pour la maladie de Basedow est aujourd'hui de quatorze. Je tiens à faire remarquer de suite que cette opération a été simple et sans danger, qu'elle a été suivie d'une constante amélioration; et je le demande, si l'on eût traité ces quatorze malades par la thyroïdectomie partielle qui a eu jusqu'ici toutes les faveurs, combien d'entre eux n'auraient pas succombé à l'intervention?

Qu'il nous soit permis de dire que j'ai constaté sur mes malades, même à une date éloignée : la diminution de l'exophtalmie, du goître et des palpitations, et, si l'un des trois symptômes cardinaux a paru avoir de la tendance à revenir, j'ai eu aussi de véritables guérisons. Il n'est pas jusqu'au caractère, à l'impressionnabilité, et à l'état général, qui n'aient subi une heureuse influence de cette opération. Parmi les améliorations locales, il en est une sur laquelle j'ai insisté spécialement, c'est l'amélioration de la vision éloignée, qui a été particulièrement sensible chez les malades que le goître exophtalmique avait rendues myopes.

En tout cas, cette opération n'a jamais eu d'influences fâcheuses, elle n'a produit aucun trouble trophique, aucune altération d'organes ou de tissus, et pour ce qui est de l'organe de la vision, j'ai pu constater toujours l'intégrité de la puissance de l'accommodation.

Ceci étant dit, je voudrais insister sur quelques

(1) *Gazette des Hôpitaux*, n° 85, p. 841, 1897.

points spéciaux de la question comme les cas bizarres ou anormaux, les indications de l'opération et son mode d'action.

Il m'a semblé que les résultats étaient meilleurs chez les personnes âgées que chez les jeunes filles : les premières voyaient l'exophtalmie, le goître et les palpitations rétrocéder plus vite, plus complètement et d'une façon plus définitive que les malades plus jeunes. Cette question d'âge me paraît tenir à un état physiologique des systèmes modérateur et accélérateur du cœur, différant suivant la période de la vie où on les considère parallèlement. Ainsi, le système accélérateur est particulièrement prépondérant dans le jeune âge; les physiologistes disent que, si l'on excite le pneumogastrique chez les animaux nouveau-nés, on constate que la fonction modératrice du cœur, qui emprunte la voie de ce nerf, existe à peine. Cette donnée physiologique est d'ailleurs en parfait accord avec les différences, constatables aux âges extrêmes, du nombre des pulsations cardiaques. Or, il existe dans l'épaisseur du pneumo-gastrique des fibres sympathiques qui font partie du système accélérateur du cœur; il en existe aussi dans la trame du trijumeau qui se rendent à l'appareil oculaire; la section ou la résection du sympathique cervical laisse donc subsister ces courants qui, dans le jeune âge et chez les jeunes sujets, peuvent être encore assez considérables pour suppléer en partie la force principale et habituelle supprimée par l'opération. L'explication de ce fait que nos meilleurs résultats ont été obtenus chez les femmes âgées, réside donc peut-être dans la diminution fonctionnelle progressive du système du grand sympathique sous l'influence de l'âge et de l'évolution.

Mais comment expliquer que la section du sympathique cervical, régulièrement pratiquée, puisse n'être accompagnée que de phénomènes atténués peu marqués? C'est qu'il existe des anomalies anatomiques. On voit quelquefois deux cordons relier le ganglion cervical supérieur au ganglion cervical moyen. Ainsi se comprend la diminution des effets que l'on constate habituellement, au cas où l'on n'aurait coupé ou réséqué qu'un seul de ces connectifs. De même le ganglion cervical supérieur peut être bifide; et ce serait encore la moitié des effets ordinaires de la section qui se produirait et que l'on constaterait après l'extirpation de l'une de ses moitiés. Aussi je ne crains pas de dire : en face d'un résultat thérapeutique insuffisant, en face d'une récidive, il faut recommencer l'opération, soit pour chercher une anomalie qui est possible et qui a pu échapper à l'opérateur, soit pour sectionner le sympathique encore plus haut. Je considérerais comme une indication à une nouvelle intervention, la dilatation pupillaire se produisant deux ou trois jours après l'opération, chez un malade qui ne serait pas trop fortement myope ou hystérique, ni asservi à des habitudes d'onanisme. Mais je n'aimerais guère opérer un malade franchement hystérique, parce qu'il est justiciable d'une autre thérapeutique. Car il est nécessaire de préciser les indications de cette opération; il faut la réserver à certain cas, cela lui est commun avec toutes les interventions possibles. Il faut opérer les cas graves, rebelles aux méthodes médicales et à l'hydrothérapie, et principalement les femmes, qui s'accompagnent d'une forte exophtalmie. Il me reste à dire comment agit cette opération.

Celle-ci réalise le traitement symptomatique et peut-être aussi, dans une certaine mesure, le traitement de la cause. Ce qu'est au juste la maladie de Basedow, on l'ignore; elle est d'ailleurs variable dans son expression symptomatique; par exemple, la forme sans goître à côté de la forme avec goître. La maladie est-elle dans les centres nerveux, dans la thyroïde, dans le sympathique; elle peut être, suivant les cas, dans l'un ou l'autre de ces appareils; mais, quel que soit son siège, elle emprunte la voie du sympathique cervical pour manifester ses effets au loin; l'excitation du sympathique cervical paraît bien être en jeu, bien que souvent il manque au tableau de cette excitation, la dilatation de la pupille. Dès lors, en supprimant ce conducteur, emprunté par la maladie pour produire ses symptômes oculaires, cardiaques et thyroïdiens, les phénomènes objectifs du goître exophtalmique cessent, ou tout au moins s'atténuent. On constate, entre autres phénomènes, après la section du sympathique cervical, la vaso-dilatation de la conjonctive oculaire qui dure quelques jours, et en même temps, le recul de l'œil et la diminution de l'exorbitisme. C'est pourquoi je crains bien, pour la théorie de Rosenthal et d'Abadie qui subordonne l'exophtalmie à la dilatation des vaisseaux rétro-oculaires, qu'elle ne soit inexacte, du moins en ce qui concerne les phénomènes oculaires; puisque la section du sympathique cervical produit la vaso-dilatation dans le territoire de l'orbite ophtalmique, et que, *malgré cette vaso-dilatation*, en même temps qu'elle, l'exophtalmie diminue. La diminution de l'exorbi-

tisme tient en effet à un phénomène musculaire, elle est due à la paralysie du muscle lisse orbitaire interne, et n'est pas plus un phénomène vaso-moteur que le resserrement pupillaire.

Mais la section du sympathique cervical a encore une influence qui peut devenir curatrice : elle modifie, en effet, la circulation encéphalique et la circulation bulbaire, et c'est pour cela que des changements dans des sphères et des appareils éloignés de la tête et du cou, ainsi que des modifications d'ordre général ont été obtenus.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Traitement de l'uréthrite blennorrhagique.

M. Hogge (de Liège) (*Ann. médico-chir. de Liége*, juin 1897 et *Rev. de Thérap.*, n° 15, p. 526, 1897) donne les conclusions suivantes au travail qu'il vient de publier sur deux cent cinquante cas d'uréthrites gonococciques traitées par la méthode des grands lavages au permanganate de potasse :

1° La méthode de Janet n'est abortive (guérison en moins de vingt jours) que dans le quart des cas se présentant moins de quarante-huit heures après la constatation de la sécrétion purulente. La cure rapide peut d'ailleurs être obtenue chez les malades se présentant plus tardivement au traitement (le sixième des cas traités deux à quinze jours après l'apparition de la goutte ont guéri en moins de vingt-sept jours).

2° La méthode des grands lavages de permanganate de potasse et de chaux assure la guérison absolue de la presque totalité des uréthrites gonococciques, traitées dès le début par ce moyen ou soumises à un traitement rationnel jusqu'au moment de l'application des lavages, chez les malades vierges d'uréthrite chronique ou d'antécédent blennorrhagique.

La guérison complète se maintient généralement.

3° Ladite méthode assure un minimum de complications. Celles qu'elle est le moins à même d'enrayer et que peut-être même elle provoque sont les folliculites et les prostatites.

4° Il ne faut pas laver systématiquement l'urèthre postérieur mais l'attaquer dès qu'il s'entreprend : ne pas faire plus de quatre à cinq lavages postérieurs si la deuxième portion des urines matinales ne s'éclaircit pas rapidement sous leur action.

5° Les doses faibles (1/8000 à 1/5000) paraissent plus conformes au but, assurent autant de guérisons rapides et exposent moins aux complications que les fortes.

D'autre part, le **Dr de Keersmaecker** (*Ann. et Bull. Soc. méd. Anvers*, 1897, p. 57 et *Rev. de Thérap.*, n° 15, p. 526, 1897) pense que les grands lavages constituent le meilleur traitement de la blennorrhagie aiguë.

Dans les trente-six premières heures le traitement abortif est possible.

L'auteur préfère le lavage à canal ouvert avec la sonde molle et la seringue.

S'il y a de la douleur, faire des lavages à l'ichtyol, sinon au permanganate, et quand l'écoulement a disparu prendre le nitrate d'argent.

Ne pas commencer à la période d'acmé.

Revoir le malade au bout de quelques semaines et faire l'uréthroscopie.

Sur l'ablation de la vaginale du testicule et l'abolition de sa cavité.

M. Robert Alessandri, après des recherches bibliographiques, des observations cliniques et des expériences sur les animaux, arrive à conclure :

1° Que la cure radicale de l'hydrocèle par le procédé Volkmann est possible dans les cas où les lésions de l'hydrocèle sont telles que l'extirpation de la vaginale ne peut pas arriver à produire plus de troubles de la spermatogénèse que la maladie primitive elle-même ;

2° Que le mieux est de n'extirper que le feuillet pariétal, en conservant le viscéral et en faisant la réunion primitive des parties molles. On reconstitue ainsi des enveloppes au testicule et on limite au minimum la réaction sur la spermatogénèse.

— (*Il Policlinico*, 1er avril 1897 et *Rev. de Thérap.*, n° 15, 1897, p. 526.)

Traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate.

M. Helferich met au point l'intéressante question de l'intervention opératoire dans l'hypertrophie de la prostate. Les indications précises ne sauraient être établies, au point où nous en sommes. Mais il soutient que ces interventions doivent être exceptionnelles et on ne doit y songer qu'après l'échec des vieilles méthodes ; le cathétérisme fréquent et les lavages continuant à occuper le premier rang (Guyon). C'est le traitement palliatif qui doit encore avoir le pas sur des améliorations problématiques.

La *taille sus-pubienne* est efficace dans les cas d'hypertrophie du lobe médian, puisque l'on a pu ainsi guérir quelques malades impossibles à sonder. Quant à la *castration*, et à la *résection des canaux déférents*, il semble que des accidents graves seuls les légitiment. Mais il faut s'inquiéter, avant de les entreprendre, de l'*état de la vessie* : le réservoir ne doit pas avoir ses parois dilatées et atrophiées, les reins ne doivent pas être atteints. D'autre part, étant donnés les curieux acci-

dents développés à la suite de la castration double (mélancolie, dégénérescence), il est préférable de s'adresser à la *demi-castration* ou à la *section unilatérale du canal déférent*, qui viennent de donner d'aussi bons résultats que des opérations plus radicales.

(*Soc. all. de Chir.*, 26e congrès, 1897, et *Rev. de Thérap.*, n° 15, 1897.)

Un cas de môle hydatiforme.

M. Fraikin cite, à la Société d'Anatomie de Bordeaux, le cas d'une malade observée dans le service de M. Boursier.

Un mois avant d'entrer à l'hôpital, alors qu'elle présentait certains signes fonctionnels d'une grossesse au début, elle perdit une assez grande quantité de sang accompagné de caillots. On ne trouva dans les débris aucune trace de fœtus, et le diagnostic de fausse couche resta très incertain.

Depuis, elle continua à perdre du sang. A l'examen, on trouva un utérus assez volumineux, en antéversion.

Au début, on crut à une métrite hémorrhagique, tout en laissant ce diagnostic en suspens et en s'abstenant de tout pansement. Au bout de quinze jours, l'utérus continuant à s'accroître, ou penche vers une grossesse et la malade quitta l'hôpital. Elle fut soignée par son médecin, et un mois après sa sortie elle expulsa une tumeur, de la grosseur du poing, formée par une masse de petits kystes en grappe, réunis entre eux par un substratum lâche. Il n'y avait rien qui rappelât un fœtus. C'est là évidemment un cas de môle hydatiforme.

(*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 4 juillet 1897.)

CHIRURGIE DES MEMBRES

Gangrène des deux orteils du pied droit endartérite oblitérante.

M. Ginestous a présenté à la Société d'Anatomie de Bordeaux un malade admis comme hémiplégique le 28 septembre 1896, à l'hospice général de Pellegrin, catégorie des Incurables, dans le service de M. le Dr Davezac.

Actuellement âgé de 66 ans, il exerçait avant son entrée à l'hospice la profession de manœuvre. Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier à signaler. Quant à lui, on ne retrouve dans son passé pathologique que des accidents, une contusion testiculaire à 17 ans, la perte de l'œil droit à 18 ans, à la suite d'un traumatisme. A 60 ans, ictus apoplectique avec hémiplégie gauche consécutive.

Actuellement, la motilité est revenue dans le membre atteint; le malade se promène et a été capable de venir aujourd'hui même à pied jusqu'à l'hôpital Saint-André. Il nie tout accident syphilitique, mais il avoue avoir fait des excès alcooliques. Pas d'ergotisme; pas de saturnisme. Mais si le malade ne fume pas, il prise beaucoup.

Histoire de la maladie. — Le malade raconte que, depuis quatre ou cinq ans, il s'est aperçu que les orteils du pied droit « étaient morts ». Il n'y attacha pas d'importance. Le 10 décembre 1896, s'étant fait placer un cataplasme pour ramollir des durillons, le pied enfla, les orteils devinrent noirs, et quelques jours après ils se détachèrent tout naturellement sans provoquer d'hémorrhagie.

Examen du malade (29 mai 1897). — Le pied droit est cyanosé, présente une teinte rouge vineux jusqu'au-dessus des malléoles. Le gros orteil et le troisième orteil de ce pied sont tombés. A leur place, se voit une cicatrice noirâtre, de couleur gangréneuse.

Le membre inférieur gauche ne présente rien de particulier, si ce n'est une légère cyanose.

Motilité : Tous les mouvements sont possibles dans les articulations du cou-de-pied, du genou, de la hanche des deux côtés.

Sensibilité : A la piqûre et à la température, conservée à gauche, légèrement diminuée à droite.

Les réflexes rotulien et plantaire sont conservés des deux côtés.

Appareil circulatoire : Pas de souffles mais arythmie cardiaque très marquée. Augmentation de la matité précordiale. Les artères sont athéromateuses à la temporale, aux radiales. Le pouls est perceptible. Les battements de l'artère fémorale sont perceptibles à gauche, mais le sont à peine à droite.

Appareil digestif : Légère hypertrophie du foie.

Examen des urines. — Pas d'albumine. Pas de sucre.

L'alcoolisme retrouvé dans les antécédents de ce malade, la disparition à peu près complète des battements artériels dans le membre atteint, l'absence de sucre dans les urines permettent de dire que la gangrène des orteils dont est atteint ce malade a pour cause une oblitération des vaisseaux nourriciers du membre, oblitération consécutive à de l'endartérite d'origine alcoolique. La circulation collatérale doit, sans doute, pour le moment, suppléer à la circulation directe du membre, puisque la gangrène a arrêté ses ravages.

En effet, on crut devoir s'abstenir d'intervenir, bien que le malade ait lui-même accepté l'amputation, à cause de la mauvaise nutrition des tissus et de l'incertitude des résultats dans ces conditions.

Du reste, un régime meilleur améliora l'état local et général d'une façon considérable.

(*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 4 juillet 1897.)

Diagnostic et traitement de la coxalgie.

Le diagnostic de la coxalgie n'est difficile qu'au début. Plus tard la durée de l'affection. — Les antécédents héréditaires ou personnels (scrofulo-tuberculose) — l'évolution progressive des accidents mettront en garde.

Au contraire, la coxalgie hystérique survient subite-

ment et disparaît sous le chloroforme ; on ne perçoit point de craquements articulaires.

L'arthrite traumatique succède à une chute.

La paralysie infantile respecte l'articulation malade.

Dans la sciatique, même conservation du mouvement articulaire.

Dans l'atrophie congénitale de la jambe, l'atrophie porte sur la cuisse, la jambe, le pied. L'articulation peut se mouvoir.

La coxalgie vraie se reconnaît chez l'enfant qui ne marche pas, par l'agitation des membres sains, comparée à l'immobilité du membre malade, lorsque l'enfant est suspendu en l'air.

Plus tard on examinera l'enfant debout et couché :

1° Debout, pieds nus : — L'enfant ne repose que sur le membre sain. — Peu après il s'incline du côté sain (Lannelongue);

2° Debout en marche : Il souffre, il boite. Le pied sain frappe davantage le sol — plus prudemment que l'autre (signe du maquignon). Pendant la marche le bassin tourne sur son axe (circumduction).

L'enfant marche sur la pointe du pied. Son talon ne touche pas le sol — même au repos — Peu à peu la marche devient impossible;

3° Examiner l'enfant couché :

La pression sur le grand trochanter, sur le genou, au pli de l'aine éveille la douleur d'un seul côté.

L'abduction est limitée ou supprimée, toujours douloureuse (comparez la rotation également).

La circumduction est douloureuse, ou révèle des craquements sous le chloroforme, on les percevra si l'enfant est indocile.

L'immobilité de la hanche fait que l'épine iliaque suit les mouvements de la cuisse comme si elle faisait corps avec le fémur (contractions instinctives des muscles), (comparez avec le côté sain).

Au lit, à plat, le genou malade se fléchit légèrement, si on appuie sur le genou, la flexion cesse, mais l'ensellure de la région lombaire apparaît, pour cesser dès que le genou est relâché.

Tardivement : on observera un raccourcissement réel par atrophie du membre, par luxation de la tête fémorale. S'il survient des abcès; le diagnostic n'est plus douteux. Dès qu'apparaît le raccourcissement même apparent on devra pratiquer l'extension continue du membre.

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Nouveau procédé d'évidement du col de l'utérus.

Guillaume Livet (*Anjou méd.*, 5 mai et *Rev. de Thérap.*, n° 15, 1897) a employé trois fois le procédé suivant qui offre sur les méthodes plastiques ordinaires l'avantage d'une extrême simplicité. L'utérus étant dilaté plusieurs jours à l'avance au moyen de laminaires, la malade est chloroformisée, l'utérus abaissé et le canal est divisé au bistouri ou aux ciseaux par deux incisions se coupant à angle droit. Puis, une ligne circulaire étant supposée tracée à un centimètre autour de l'orifice du col, formant un cercle dont les deux incisions seraient les deux méridiens, on enlève aux ciseaux les quatre petites pyramides ainsi délimitées, pyramides à sommet situé à un centimètre et demi ou deux centimètres de profondeur. Il reste une cavité conique. Un drain de Championnière entouré d'une bande de gaze iodoformée est placé dans la plaie et fixé par deux crins : l'espace restant entre le drain et les bords de l'entonnoir est comblé avec un tamponnement serré à la même gaze. Ce pansement est renouvelé le troisième jour. Injections au sublimé : nouveau pansement. On peut enlever le drain le dixième jour. La muqueuse nouvelle s'est réparée en allant du fond vers les bords et les orifices n'ont aucune tendance à se sténoser.

Injections intra-utérines.

M. Dœderlein (Septième Congr. de la Soc all. de gynécologie, Leipzig, 11 juin 1897 et *Rev. de Thérap.*, n° 15, 1897) a fait quelques expériences pour savoir si un liquide, injecté dans l'utérus avec les précautions habituelles, pouvait se frayer un chemin à travers les trompes jusque dans la cavité péritonéale. Il a choisi six utérus qui devaient être extirpés par la voie vaginale, et immédiatement avant l'opération, après dilatation du conduit cervical à l'aide des sondes en cuivre de Schrœder afin d'assurer le libre reflux de l'excès de liquide, il a injecté une pleine seringue de Braun de l'une des trois solutions suivantes, préalablement stérilisées : quatre fois une solution de violet de méthyle, une fois de la teinture d'iode concentrée et une fois une solution de chlorure de zinc à 50 0/0. Dans la première série d'expériences, une fois le violet de méthyle avait pénétré dans le Douglas et le cul-de-sac antérieur en telle quantité qu'il avait suffi à teindre tout le champ opératoire, y compris les mains; deux fois les trompes étaient oblitérées, mais remplies de la solution colorée jusqu'au pavillon; dans le quatrième cas, les trompes étaient libres, mais la substance colorante n'avait pénétré que jusqu'au pavillon. Chez la femme qui avait reçu de la teinture d'iode, il existait une endométrite ancienne avec fongosités d'au moins un centimètre d'épaisseur; le liquide n'avait pas pénétré dans les trompes, celles-ci étant oblitérées. Dans le cas où on a fait une injection au chlorure de zinc, on trouva dans la cavité péritonéale la valeur de trois à quatre cuillerées à soupe d'un liquide trouble, laiteux, contenant de la fibrine coagulée sans éléments proprement dits, liquide provenant d'un exsudat péritonéal; la trompe droite était très rouge, tuméfiée, mais n'offrait aucun signe de véritable cautérisation.

Tout dernièrement, un fait a appris à M. Dœderlein que le liquide peut passer en certaine quantité à travers

les trompes. Une femme, dans un but de manœuvres abortives, s'introduisit, en se servant du doigt comme conducteur, un long tube en caoutchouc mou dans l'utérus; ensuite, elle adapte ce tube à un simple clysopompe et s'injecte environ 500 grammes d'une solution de lysol très faible : aucun liquide ne ressort par les parties externes; elle est prise de douleurs terribles, à l'examen on constata très nettement la présence d'une certaine quantité de liquide dans la cavité péritonéale. Heureusement pour cette femme, la solution était stérile, et le lendemain la malade était guérie et remise de sa terrible émotion.

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Nouvelle opération de l'ulcère de l'estomac.

A l'Académie de Médecine (séance du 27 juillet, *Méd. mod.*, n° 60, p. 478, 1897.)

M. H. Delagenière (du Mans), dans un cas très complexe d'ulcère de l'estomac qui avait amené la perforation de l'organe et son adhérence au diaphragme, détacha avec l'organe accolé une portion du muscle adhérent au niveau de la perforation, refoula dans la cavité de l'estomac la partie malade et le muscle détaché dans le but d'en amener la digestion et ferma par trois plans de suture les bords de l'invagination.

Cette invagination fut faite de façon à remédier à une malformation que présentait l'estomac de cette malade (estomac en sablier). La partie malade à invaginer qui présentait une forme allongée dans le grand sens de l'organe, fut étirée transversalement et suturée dans cette situation nouvelle. L'estomac peut ainsi recouvrer sa forme et ses fonctions naturelles. Du reste la malade qui souffrait depuis quinze ans et qui se mourait d'inanition avant l'opération guérit parfaitement. Aujourd'hui elle digère et se porte bien.

L'auteur est d'avis que l'opération chirurgicale devrait être conseillée dans tous les cas d'ulcère ayant résisté au traitement classique et dans tous ceux qui présentent des récidives. En opérant de bonne heure on pourrait ainsi sauver d'une mort certaine un certain nombre de malades.

Nouveaux procédés de cure radicale des hernies inguinales.

M. Jonnesco (de Bucarest) (*Presa medicala romana*, n° 11, 1897, et *Rev. de Thérap.*, n° 15, p. 518, 1897) propose une nouvelle modification du procédé de Bassini qui aurait l'avantage, en supprimant le trajet inguinal, d'empêcher totalement la récidive. Bassini a coutume de fortifier la paroi postérieure du canal (petit oblique et transverse, ou tendon conjoint) en la suturant solidement à l'arcade crurale, en arrière du cordon, qu'il remet en situation normale. M. Jonnesco place le cordon dans le tissu sous-péritonéal, et suture cette même paroi *en avant de lui;* le reste de la suture par étage est fait comme dans l'opération de Bassini. Le cordon sort donc directement de l'abdomen par un petit orifice situé en regard de l'orifice externe du canal. Or, cet orifice n'a que peu de tendance à se dilater sous les efforts. Il s'agit, on le voit, d'un déplacement du cordon, avec suture complète du trajet inguinal. Pour l'obtenir, l'auteur de ce procédé traverse tous les étages avec l'aiguille courbe d'Emmett, y compris la peau et le sac, par des fils provisoires, qu'il noue à la peau sur des tampons antiseptiques, au lieu des fils permanents qu'il employait autrefois. Au bout de quatorze jours, il enlève les fils et les tampons et obtient une cicatrice dure qui prévient la récidive.

D'autre part, **MM. Nélaton et Ombrédanne** (*Presse méd.*, n° 62, p. 50, 1897) emploient, depuis six semaines, le procédé suivant :

La paroi antérieure du canal inguinal est incisée sur toute sa longueur, soit environ sur cinq centimètres. Puis, après avoir réduit la hernie, réséqué le sac, on libère le cordon de ses adhérences et de ses connexions avec les fibres crémastériennes, avec d'autant plus de soin que le testicule a plus de tendances à rester près de l'anneau.

Réclinant en bas le cordon, on insinue au ras du bord supérieur du pubis une sonde cannelée qu'on pousse ensuite de bas en haut derrière la totalité des éléments de la paroi postérieure, qui sont incisés jusqu'à l'orifice péritonéal du canal inguinal et jusqu'à l'épigastrique; on saisit alors, avec les pinces de Kocher, les deux volets ainsi obtenus, comme on a fait pour ceux taillés dans l'aponévrose du grand oblique.

On arrive alors sur des pelotons de tissu adipeux très lâche, n'adhérant nullement à la face postérieure du pubis, et remplissant la cavité de Retzius. En haut, ils contiennent au milieu d'eux l'artère et la veine épigastrique que nous n'avons jamais blessées, mais qui seraient bien faciles à saisir et à lier.

Puis, au moyen d'une pince emporte-pièce construite par Collin, nous enlevons d'un seul coup, dans le corps du pubis, au niveau de la portion mince, c'est-à-dire huit millimètres environ au-dessous du bord supérieur, une rondelle osseuse de la taille d'une pièce de un centime environ. La scie à chaîne sectionne le pont osseux sus-jacent à son extrémité interne. Puis, avec une pince à séquestre, ce pont est relevé en dehors sur sa charnière périostique.

Le cordon est ensuite couché dans le tissu adipeux prévésical, puis au fond de la gouttière osseuse pubienne. Le pont qui va transformer la gouttière en un anneau est rabattu et maintenu par un point de catgut passé dans son périoste antérieur, d'une part, dans celui de l'angle pubien, d'autre part.

On répare ensuite la paroi abdominale en deux plans :

l'un, profond, est formé par la suture en surjet, de haut en bas, du tendon conjoint à l'arcade de Fallope. A ce moment, on fait passer le catgut dans le périoste du bord supérieur du pubis; l'autre, superficiel, est constitué par l'aponévrose du grand oblique, suturée de bas en haut au moyen du même fil.

L'opération terminée, on a une paroi abdominale formée de deux plans dont aucun ne présente d'orifice. Le cordon émerge facilement d'un orifice arrondi, percé en plein corps du pubis.

COU, CRANE, FACE

Traitement chirurgical du goître exophtalmique.

A l'Académie de Médecine (séance du 27 juillet 1896, *Méd. mod.*, n° 60, p. 477, 1897) **M. Doyen** cite deux observations de goître exophtalmique traité par la chyroïdectomie et conclut ainsi :

Nous conseillons d'enlever le goître comme on extirpe une tumeur du sein, vite, simplement et sans crainte comme sans témérité.

Nous proscrivons donc absolument toute opération sur le sympathique cervical. L'avenir d'une telle intervention, dont on n'a pas assez fait connaître les revers, doit être celui des autres méthodes indirectes en chirurgie, telles que la ligature à distance dans les cas d'anévrysmes des membres ou de plaies artérielles, et la castration tubo-ovarienne dans les cas de fibrômes utérins.

Ces méthodes sont jugées. On extirpe, au niveau des membres, les anévrysmes, en liant l'artère au-dessus et au-dessous du sac : on lie dans la plaie même et non plus à la racine des membres l'artère blessée; on pratique l'hystérectomie vaginale ou abdominale, et non plus l'ablation, trop infidèle, des ovaires et des trompes.

La résection du grand sympathique cervical devrait d'ailleurs, pour être recommandable, être à la fois plus efficace et moins dangereuse que la thyroïdectomie. Or nous démontrons le contraire.

Nous sommes prêts à soutenir ces affirmations en pratiquant, chez les malades aggravés par la résection du sympathique cervical, que nous aurons l'occasion d'examiner, la thyroïdectomie. Cette opération faite par notre méthode est absolument inoffensive et ne demande que deux à trois jours de repos au lit.

Citons maintenant, par simple curiosité, une extirpation du goître, pratiquée dans le sommeil hypnotique par le Dr K. Kolb (*Centralblatt für Chirurgie*, 1897, n° 25, p. 701 et *Rev. int. de Thérap. et de Pharm.*, n° 7, p. 273, 1897).

Le cas concerne une femme de 38 ans, sujette à des douleurs nerveuses et à des irrégularités de la menstruation, contre lesquelles on avait eu recours avec succès à la suggestion hypnotique. Depuis une dizaine d'années, cette femme était affectée d'un goître qui, dans les derniers temps, avait beaucoup augmenté de volume. On résolut de l'opérer de son goître en la plongeant dans le sommeil hypnotique. L'opération a eu lieu le 11 mai dernier, sans incident fâcheux; elle a duré en tout quarante-cinq minutes. Pendant tout ce temps, la femme est restée absolument calme, et elle obéissait rapidement à tous les ordres qui lui étaient adressés par l'opérateur, tendant à la faire changer de position et d'attitude. Il n'a pas été nécessaire de surveiller, d'une façon spéciale, la respiration. Sitôt que la patiente manifestait quelque plainte, l'opérateur intervenait par voie de suggestion verbale pour faire cesser toute sensation douloureuse. A son réveil, la malade a manifesté un vif étonnement de ce que tout fût terminé. La marche consécutive a été des plus satisfaisantes. La température corporelle de l'opérée ne s'est pas élevée au-dessus de 38°2. La malade s'est relevée le neuvième jour.

Traitement des polypes naso-pharyngiens par l'électrolyse.

Un jeune paysan de 18 ans, à la suite de nombreux et abondants épistaxis qui le conduisirent à une cachexie marquée, vit se développer une tumeur envahissant d'abord la narine droite, puis le pharynx, le palais, la bouche entière jusqu'à l'arcade dentaire. Ne pouvant plus manger, il se présente à la clinique de **M. P.-I. Tikhov** (Kajan), qui pose le diagnostic de polype naso-pharyngien. Devant l'imminence des phénomènes asphyxiques, une trachéotomie fut pratiquée d'urgence et le malade nourri à la soude.

Etant donné le volume de la tumeur, M. Tikhov ne voulut pas entreprendre de suite une opération sanglante et essaya de l'électricité. Une longue aiguille de platine fut fixée dans la tumeur buccale, une autre dans la tumeur nasale, toutes deux réunies aux deux électrodes d'une pile à courant continu de cinq à vingt éléments. Dès la première séance, d'une durée de dix à vingt minutes, le volume de la tumeur parut décroître, à la troisième on observa la chute d'un notable fragment sphacélé, au niveau de l'implantation de l'aiguille buccale; à la vingtième, il ne restait plus rien du polype dans la bouche. Devant la difficulté d'appliquer l'électricité au niveau de l'arrière-pharynx, le polype fut extirpé en totalité par la méthode sanglante (section du nez d'après Ollier).

Dans un autre cas, à peu près analogue, l'électrolyse produisit des effets identiques, mais encore plus rapides.

En résumé, d'après M. Tikhov, l'électrolyse est un excellent moyen pour combattre les polypes naso-pharyngiens ou du moins leurs expansions éloignées. Elle n'expose à aucun danger, est à la portée de tout médecin; lorsqu'on veut faire la cure radicale, chirurgicale des polypes, l'électrolyse est un excellent moyen préparatoire.

(*Wratch*, n° 16, 1897 et *Bull. méd.*, n° 58, p. 686, 1897.)

CHIRURGIE GÉNÉRALE

La médication thyroïdienne dans le traitement des fractures avec retard de la consolidation.

Escomptant l'action favorable de l'extrait thyroïdien sur le système osseux, **M. Gauthier** s'est proposé d'utiliser cette action dans les fractures à consolidation retardée.

L'occasion de tenter cet essai ne tarda pas à se présenter en la personne d'une jeune fille âgée de 15 ans, parfaitement saine et très robuste qui s'était fait une fracture de la jambe gauche, au niveau du tiers inférieur, avec chevauchement des fragments sans lésions appréciables des tissus. Malgré la réduction parfaite de la fracture et le port d'appareils plâtrés pendant cent dix jours, le cal fibreux ne se produisait pas, la crépitation restait toujours très nette et le foyer de fracture était douloureux à la pression. On administra du phosphate de chaux, on appliqua successivement deux vésicatoires au niveau de la région fracturée et on pratiqua le frottement des fragments osseux, mais toujours sans obtenir la moindre apparence de consolidation. C'est alors que M. Gauthier se décida à recourir à la médication thyroïdienne. Il administra à la patiente un extrait glycériné de corps thyroïde, extrait pour la préparation duquel il s'est arrêté au procédé suivant :

Les deux lobes thyroïdes d'un jeune mouton sont pesés, finement hachés avec un couperet aseptique, bien broyés dans un mortier de porcelaine, puis mélangés à une quantité de glycérine équivalant à quatre fois leur poids ; on laisse reposer le mélange trois ou quatre jours pendant lesquels on continue à le triturer de temps à autre ; enfin on filtre. Le suc ainsi obtenu est transparent, à peine teinté en rose, visqueux et d'un goût nullement désagréable. Il contient, par cuillerée à café, environ un gramme de substance active et peut se conserver longtemps dans un endroit frais.

La jeune malade de notre confrère prit par jour six à dix cuillerées à café de cet extrait glycériné. M. Gauthier la revit deux semaines après que la médication thyroïdienne eût été instituée et constata à ce moment la consolidation parfaite des fragments osseux.

Un second cas de fracture fournit bientôt à notre confrère l'occasion d'employer la médication thyroïdienne avec un succès aussi remarquable.

En dépit des réserves qu'inspire à l'auteur lui-même le petit nombre de ses observations, elles paraissent assez concluantes pour engager les praticiens à tenter l'essai de la médication thyroïdienne dans les cas de consolidation lente des fractures.

(*Lyon méd.* et *Journ. de Chir. et de Thérap. infant.*, nº 30, p. 596, 1897.)

LES LIVRES

Sociétés d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois

Physiologie et pathologie de la respiration nasale, par le Dr Henri Mendel, ancien interne des hôpitaux, avec une préface de M. le professeur Gariel, membre de l'Académie de Médecine.

Jusqu'à la période contemporaine, le rôle physiologique du nez a été considéré comme à peu près négligeable. Pour les auteurs, cet organe était le siège du sens de l'olfaction et servait encore à la respiration. Gréhaut et plusieurs auteurs allemands ont établi le rôle du nez comme organe apte à réchauffer, humidifier et filtrer l'air inspiré : encore ces recherches ne furent-elles pas toujours concordantes.

Frappé des troubles importants dont souffrent les malades atteints d'obstructions nasales, notamment les enfants porteurs de végétations adénoïdes, et trouvant fort peu satisfaisantes les opinions en cours — notamment la théorie du réflexe nasal, — le Dr Mendel a entrepris une série de recherches sur la physiologie et la pathologie de la respiration nasale.

Son travail est divisé en deux parties : dans la première partie, intitulée *Essai de mécanique respiratoire*, l'auteur a cherché à fixer l'importance de l'orifice respiratoire dans l'acte de la respiration. Reprenant des expériences faites à Boston en 1877, expériences qui ont démontré l'existence de mouvements pharyngiens rythmiques correspondant aux mouvements respiratoires, l'auteur attribue à ces mouvements du pharynx un rôle essentiel dans la respiration nasale. Ils contribuent à donner au nez une grande importance comme conduit respiratoire, à tel point que pour un effort inspiratoire égal et pour un temps égal, il passe un plus grand volume d'air par le nez que par la bouche. Cette proposition est confirmée par plusieurs tracés pneumographiques et aussi au moyen d'un appareil imaginé par l'auteur et auquel il a donné le nom de rhinomètre, car cet appareil sert à mesurer le degré de la respiration nasale.

Au cours de ses recherches, l'auteur a pu déterminer approximativement en grammètres le travail mécanique accompli par un sujet dans une inspiration. Au moyen de multiples expériences, il a pu mettre en lumière un rapport constant entre le volume inspiré et le travail mécanique accompli. Il formule ce rapport de la façon suivante : les travaux mécaniques accomplis sont directement proportionnels aux carrés des volumes inspirés.

Dans la seconde partie de ce travail, le Dr Mendel étudie l'insuffisance nasale, maladie excessivement répandue. Les troubles causés par cette affection sont très nombreux : les plus importants sont causés par l'insuffisance de l'hématose, cause générale des maladies de la nutrition.

L'auteur cite à l'appui de ses opinions plusieurs observations démonstratives, avec examen rhinométrique. Il faut citer encore les expériences que l'auteur a poursuivies à Alfort sur les chevaux et qui lui ont permis d'émettre une opinion sur l'usage des poches gutturales, organes dont on ignore la fonction.

Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Manuel de Diagnostic chirurgical, par Simon Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, par E. Rochard, chirurgien des hôpitaux de Paris et A. Demoulin, chirurgien des hôpitaux de Paris. **Un beau volume in-18 de 812 pages, relié en peau souple, avec 63 figures tirées en couleur, prix 12 fr.** Le 2e fascicule (512 pages et 50 figures) qui complète l'ouvrage, se vend broché séparément, 6 fr.

Quelques observations sur l'alimentation des nouveau-nés et de l'emploi raisonné du lait stérilisé, par Henri de Rothschild, ancien moniteur d'accouchement à la Charité, externe des hôpitaux. Un volume in-8° de 152 pages, avec 45 tracés en 2 couleurs dans le texte, prix 3 fr.

Formulaire de poche de thérapeutique clinique, par le Dr André Pauly. Un volume petit in-18, relié peau pleine, de 332 pages, prix 4 fr.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique chirurgicale de la Charité.

Pendant la période des vacances, M. Walther, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale à la Charité. Il a commencé ce cours le jeudi 5 août 1897, à 10 heures, et le continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure.

VARIA

Fixation des droits d'études, d'inscription, de travaux pratiques et de bibliothèque à acquitter par les aspirants au doctorat en médecine.

A partir du 1er janvier 1898, les aspirants au doctorat en médecine acquitteront les droits ci-après :

Aspirants au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles : droit trimestriel d'inscription, 30 fr.; droit trimestriel de travaux pratiques, 22 fr. 50.

Aspirants au doctorat en médecine pendant la période scolaire : droit trimestriel d'inscription, 30 fr.; droit trimestriel de travaux pratiques, 15 fr.

Les aspirants au doctorat en médecine et au certificat d'études des Facultés des sciences, dont les études sont terminées ou interrompues, sont tenus, pour être admis aux travaux pratiques réglementaires, d'acquitter le même droit de travaux pratiques que les étudiants en cours d'études.

Etudiants admis dans les laboratoires de recherches : droit trimestriel, 50 à 150 fr. suivant décision du conseil de la Faculté.

Etudiants non assujettis au droit d'inscription : droit annuel d'immatriculation d'études, 20 fr.

Tous les étudiants : droit annuel de bibliothèque, 10 fr.

Distinctions honorifiques.

Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers. — MM. les docteurs Le Dentu (de Paris) et Doyon (d'Uriage).

Chevaliers. — MM. les docteurs A. F. Brun, Le Gendre (de Paris); Bezançon (de Boulogne-sur-Seine); Bailly (de Chambly); E. Casamayor-Dufaur (d'Oloron); J.-B.-A. Carrier, Tripier (de Lyon); Chavanis (de Saint-Etienne); Legras (de Dompaire); Pons (de Nérac); Vagnat (de Briançon).

Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Bordas, L.-H. Petit (de Paris); Barette (de Caen); Beauvisage, Hugounenq (de Lyon); Boinet (de Marseille); Boursier, Ferré (de Bordeaux); C.-J.-M. Bruté (de Rennes); Debierre (de Lille); Gauderon (de Besançon); Gilis, Ville (de Montpellier); Guérin (de Nancy); Pégoud (de Grenoble); Rey (d'Alger); Viaud-Grand-Marais (de Nantes).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Tuffier (de Paris); Bataille (de Rouen); Beille, Chambrelent, Mesnard (de Bordeaux); Broussolles (de Dijon); Carlier (de Lille); Charier (d'Angers); Devaux (de Limoges); Devic, A.-E. Pollosson (de Lyon); Dianoux (de Nantes); Galavielle, Mouret (de Montpellier); Garand (de Saint-Etienne); Guilloz (de Nancy); Peltier (de Sedan); Saligue (de Créon); H. Thomas (de Tours); Trolard (d'Alger).

Les récompenses suivantes ont été décernées aux personnes ci après désignées, en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémies :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Martin (chef de laboratoire à l'Institut Pasteur); Ollé (de Saint-Gaudens); Soueix (de Saint-Girons); de Valicourt (de Philippeville).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Blache (de Privas); Castelli, Chancel, Galetti (de Marseille); Gomot (de Guéret).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Courtade (d'Outarville); Schisgal (de Thiberville); M. Poitevin de Fontguyon (interne des hôpitaux de Bordeaux).

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 33 14 Aout 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

TRAVAUX ORIGINAUX

Kystes hydatiques du corps thyroïde (1).

Par J. Vitrac,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

(Suite et fin.)

IV

L'anatomie pathologique manque de données suffisantes, car les examens complets, faits après autopsie ou extirpation de la poche, ne sont pas nombreux. Une critique minutieuse des faits eût sans doute permis d'augmenter le nombre des kystes simplement « parathyroïdiens », comme était celui de Jacques Reverdin et B. Mayor (2).

Le kyste est uniloculaire (Gooch, Lannelongue) ou multiloculaire; il est unique, bien encapsulé (Rapp), ou bien multiple et disséminé (Albers). Il siège dans les deux lobes à la fois (Ferrant), ou plus fréquemment dans un seul des lobes, ou dans l'isthme.

Trois fois, outre la tumeur thyroïdienne, des kystes existaient dans d'autres organes : dans le foie (Rapp), le foie et l'utérus (Ferrant), la substance corticale des deux reins et les plexus choroïdes (Albers).

Le tissu cellulaire interlobulaire ou sous-capsulaire est le milieu dans lequel le kyste se développe ordinairement. Autour de sa poche (étudiée microscopiquement par Luys et Robin dans le cas de Ferrand), le parenchyme glandulaire est intact, simplement repoussé; quelquefois il est atrophié, réduit à une mince couche lamelleuse plaquée sur la tumeur, ou, au contraire, la glande peut être, dans le voisinage, hypertrophiée, dure, en voie de transformation fibreuse. Reverdin a rencontré cette modification dans son observation de kyste juxtathyroïdien.

Le contenu a les caractères ordinaires du liquide des autres poches hydatiques; mais les crochets semblent y avoir été rarement rencontrés (1).

Sa transformation purulente a été observée (G. Marchant), ainsi que la présence d'exsudats hémorrhagiques (Ferrant).

Le volume du kyste n'est pas très considérable; comme le poing (Lannelongue), comme une mandarine (Péan), comme un œuf de poule, etc., etc. Ce petit volume des tumeurs est sans doute ce qui explique pourquoi les organes du voisinage sont relativement peu gênés, comparativement à ce qui se passe pour les autres variétés des tumeurs thyroïdiennes.

Le kyste, en s'accroissant, reste toujours bridé par une épaisseur de la glande ou de sa capsule, mais

(1) Extrait de la *Revue de Chirurgie*, n° 5, 10 mai 1897.

(2) J. Reverdin et A. Mayor : *Revue médicale de la Suisse romande*, 1885, p. 421.

(1) Le malade de Karpetchenco eut, après une deuxième ponction, une fistule par où il s'écoulait « de petites membranes blanchâtres »; ces membranes avaient l'aspect et les caracteres de fragment; d'hydatides; l'auteur a pu encore extraire une petite vésicule entière; après quoi la guérison survint. *(Loco cit.)*

surtout par la glande musculo-aponévrotique antérieure; voilà pourquoi, même ayant son point de départ dans le lobe moyen, il tend à gagner les parties latérales et inférieures du cou; il peut dépasser, en arrière, le sterno-mastoïdien et paraître alors bilobé (Lannelongue).

Contenant surtout du liquide, dépressibles et peu tendus en général, les kystes (au moins ne l'avons-nons pas rencontré) n'ont pas amené la compression des organes vasculaires de la région; mais un malade de Duguet avait eu de la compression du laryngé. Par contre, la trachée et l'œsophage affectent avec eux des rapports plus intimes; ces deux organes peuvent être simplement comprimés ou déviés, la trachée surtout; quelquefois, et ç'a été l'occasion de morts subites, la poche hydatique s'est rompue dans sa cavité.

Une aérocèle compliquait le cas de G. Marchant; cette tumeur siégeait au niveau de la membrane intercricothyroïdienne; cette même membrane, dans une observation de Bock, avait, au contraire, été repoussée de dehors en dedans et finalement perforée.

V

Le premier signe de la maladie est la plupart du temps l'augmentation de volume du cou dont les malades s'aperçoivent par hasard; puis les signes fonctionnels font leur apparition.

La douleur est peu accusée ou totalement absente; il existe plutôt une sensation pénible de gêne dans les mouvements que fait le larynx pendant la déglutition; le thyroïde devenu plus lourd, ou comprimé, ou dévié, arrête plus ou moins l'ascension de l'appareil laryngopharyngien.

L'œsophage lui-même est parfois comprimé, autre cause de dysphagie.

Quand à la respiration, elle est, suivant les cas, normale ou pénible; ce dernier cas est, somme toute, assez fréquent; il existe alors de la compression avec ou sans déviation de la trachée, Mais des troubles plus graves peuvent résulter de la compression du laryngé, ce qui est heureusement plus rare.

Les altérations de la voix sont intimement liées à l'intensité du précédent symptôme.

Tels sont les troubles fonctionnels les plus habituels; il peuvent attirer l'attention des malades, avant que la tumeur elle-même ait été soupçonnée par eux.

Le kyste thyroïdien a l'aspect extérieur du goître liquide; mais son volume est en général moins considérable. Ce que nous avons dit de son anatomie pathologique fera comprendre comment toutes les variétés peuvent se rencontrer : tumeur bien médiane, ou latérale (1), ou même bilatérale; tumeur à relief bien circonscrit, régulièrement arrondie, ou, au contraire, bosselée, coupées de bandes résistantes musculaires ou aponévrotiques; tumeur quelquefois diffuse, tuméfaction de la glande entière où la fluctuation est obscure. Pas de souffle ni de battements propres à la tumeur; mais elle peut recevoir une impulsion venant de la carotide voisine.

Nous n'avons pas lu qu'on ait jamais perçu le frémissement hydatique au niveau des kystes thyroïdiens; *a priori*, le fait ne serait pas impossible.

Les limites de la tumeur ne vont pas au delà du cartilage thyroïde en haut ou du sternum en bas; elles restent bien cantonnées dans la région thyroïdienne; mais comment affirmer que le kyste est bien développé dans la glande, ou au contraire qu'il est simplement juxtathyroïdien? C'est ici le cas d'examiner avec attention, ce qui se passe pendant la déglutition. 1° La trachée est immobile, retenue par des adhérences; déviations, gros volume de la tumeur; alors le diagnostic du point de départ nous paraît impossible. 2° La trachée est mobile; si le kyste se mobilise facilement avec elle, il est intrathyroïdien; si la mobilisation est obscure, le kyste est probablement comme dans le cas de Reverdin (2), simplement juxtathyroïdien (3).

Tous les signes précédents appartiennent en propre à la tumeur; ce sont des symptômes purement locaux; il faut y joindre toutes les modifications apportées par sa présence aux organes du voisinage; déviations ou fixations de l'appareil laryngo-trachéal et du pharynx; paralysies reconnues au laryngoscope; déformation ou compression de l'œsophage que l'exploration de ce conduit permettra de juger, si un examen extérieur n'était pas suffisant; état du pouls enfin au delà de la tumeur et de la circulation veineuse superficielle en amont.

L'état général du malade est le plus souvent bon, sauf les cas de troubles fonctionnels graves ou de généralisation (V. les observations de Rapp, Ferrant et Albers, *loc. cit.*). Nous n'avons pas noté que les

(1) Karpetchenko : *Loco cit.*

(2) Reverdin et Mayor : *Revue médicale de la Suisse romande*, Genève, 1885, p. 421.

(3) Broca (*loco cit.*) pense que le cas de Laënnec et Lientaud sont également juxtathyroïdiens. Pour ces faits, comme pour un certain nombre d'autres signalés cependant dans ce travail, l'origine exacte reste évidemment douteuse.

urines aient jamais été albumineuses, ni que les malades aient eu aucun de ces troubles généraux qui se retrouvent habituellement dans les affections hydatiques, dans celles du foie en particulier. Notre observation est, en effet, la seule qui contienne un symptôme qui a précisément un caractère absolument pathognomonique, à savoir l'urticaire, éruption et démangeaisons. Sa valeur est d'autant plus précise que la rupture spontanée du kyste a été à plusieurs reprises l'occasion de son apparition ou de son exagération.

VI

Le liquide hydatique s'est répandu dans le tissu cellulaire sans doute au-dessous de l'aponévrose moyenne. Il en est résulté une intoxication légère : ce fait a la valeur d'une véritable expérience. Il reproduit les tentatives d'Achard (1) et est exactement comparable aux cas de Moutard-Martin et de J. Wolf (2), qui avaient observé l'urticaire, l'un après une ponction d'un kyste hépatique, en arrière, sans atteinte du péritoine, l'autre après une ponction d'un kyste des adducteurs (3).

Mais une autre particularité est encore à signaler : c'est la répétition de l'urticaire survenant après chaque rupture ou ponction. Dans les nombreuses observations de rupture rapportées par Feytaud dans sa thèse (1875), l'urticaire ne fut jamais que passager. Achard dit, d'autre part, qu'une première absorption par le tissu cellulaire ou les séreuses crée une véritable vaccination : que si la rupture survient une deuxième, une troisième fois, l'urticaire ne réapparaît pas cependant. Et il cite comme absolument exceptionnels trois faits de récidive de l'éruption : ceux de Chachereau (kyste pulmonaire), de James (4) (kyste ouvert dans la vessie), et de Jaccoud (5).

VII

La marche de l'affection est en général assez lente, puisque nous avons vu que sont début remontait à dix ans (Meinert), trois ans et demi (Lannelongue), trois ans (G. Marchant), deux ans (Rullier et Galozzi). Dans le cas de Péan, l'accroissement était encore lent et graduel; mais, dans celui de Dugnet, la tumeur déjà volumineuse après six mois, avait comprimé le larynx et nécessité une ponction. L'accroissement peut encore se faire par poussées; quant aux ruptures spontanées ou provoquées par une ponction, elles sont restées définitives, et il n'avait pas été noté, comme dans notre cas de rupture spontanée, répétée et suivie chaque fois de la réapparition, puis la disparition momentanée de la tumeur. Ce point est particulièrement intéressant.

Le liquide, après rupture, peut se répandre dans l'œsophage, le larynx et la trachée (Voir les observations les plus anciennes rapportées par Davaine, etc., etc...), dans le tissu cellulaire enfin; c'est le cas le plus heureux, mais aussi le plus rare.

L'évolution spontanée pourrait au besoin tendre vers la guérison; les ruptures fréquentes pour un kyste à poche unique et à membrane stérile en seraient un moyen. Mais ce n'est là qu'une hypothèse, car les faits nous apprennent que la tumeur, sans même tendre à toujours augmenter de volume, évolue plutôt selon les modes suivants :

A. — Etat stationnaire longtemps prolongé sans accidents.

B. — Accidents de compression, de suppuration (G. Marchant), ou hémorrhagie dans le kyste (hémorrhagie légère, dans le cas Ferrant).

C. — Rupture, suivie d'accidents secondaires ou brusquement mortels.

D. — Évolution simultanée d'hydatides dans d'autres viscères, la généralisation étant contemporaine de l'infection.

VIII

Le pronostic est toujours plus ou moins grave, en présence d'un kyste hydatique du corps thyroïde. (Presque tous les cas anciens sont des diagnostics d'autopsie). C'est d'abord la gravité que comporte en général toute affection hydatique, trop souvent capable (et plus souvent à notre avis qu'on n'a l'habitude de le croire, où de le rechercher) d'exister à l'état de généralisation latente. Puis la gravité s'augmente des particularités suivantes : voisinage d'organes importants exposés à être gênés dans leur fonctionnement, quelquefois très brusquement; possibilité d'une rupture spontanée et d'accidents qui peuvent être mortels dans ce cas. Enfin il faut se rappeler qu'une récidive est toujours éventuelle, quand il n'y a pas eu de cure radicale du kyste.

(1) ACHARD : *Archives générales de Médecine*, 1888, II.
(2) Cités par ACHARD, *loco cit.*
(3) L'observation de BOUCHARD (*Traité de Chirurgie*, § VII, p. 274) (pénétration dans le torrent veineux) est encore similaire.
(4) Cités par ACHARD, *loco cit.*, p. 418.
(5) Clinique de la Pitié, 1884-85, p. 127. — Cité par ACHARD, *loco cit.*

IX

Il importe donc de bien faire le diagnostic de l'affection. Mais malheureusement, ce diagnostic est extrêmement délicat.

a) En procédant par exclusion, sauf les cas particulièrement compliqués (suppuration de la poche, existence simultanée d'une trachéocèle, adhérences, etc., etc.) on pourra toujours arriver à éliminer les tumeurs qui n'appartiennent pas au corps thyroïde; et, en particulier, il faudrait éviter la confusion avec certains abcès froids du cou, avec un kyste congénital du cou, et avec les autres variétés de kystes hydatiques de la région cervicale. Mais ceux-ci, qu'ils soient para ou juxtathyroïdiens, n'ont pas la même mobilité que les kystes intrathyroïdiens pendant la déglutition; d'autre part, ils naissent plus près des vaisseaux, se développent plutôt profondément au voisinage de leur gaine et arrivent ainsi à les comprimer bien plus facilement et bien plus vite que les kystes thyroïdiens; ces caractères sont bien mis en lumière dans un travail de Güterbock (1) sur les kystes hydatiques de la région cervicale (26 observations).

b) Donc le kyste appartient bien à la glande thyroïde (2); mais, pour prouver qu'il est d'origine parasitaire, en l'absence de toute ponction (3), il faudrait pouvoir reconnaître l'un des signes suivants :

A. — Signes pathognomoniques : 1° frémissement hydatique (possible, mais non signalé); 2° démangeaisons généralisées et urticaire; 3° disparition (spontanée ou non) de la tumeur, suivie de récidive, et réitérée.

B. — Signes de probabilité : 1° existence actuelle ou antérieurement constatée dans une ou plusieurs autres parties du corps de tumeurs hydatiques; 2° vie habituelle du malade dans un pays où l'hydatisme est particulièrement fréquent (Landes, en France); 3° sa cohabitation avec des chiens, ou la possibilité d'une infection directe par la voie cutanée. (Ce serait la répétition, assez improbable du reste, du cas de Meinert.)

(1) Guterbock : *Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 4.

(2) Je ne veux pas faire ici d'une façon générale le diagnostic différentiel : il m'a seulement paru bon d'indiquer, et très sommairement, quelques particularités des plus difficiles et des plus intéressantes en l'espèce.

(3) Karpetchenco, chez un homme de 44 ans, avait diagnostiqué un goitre, pour lequel il pratiqua deux ponctions; ce n'est qu'après la seconde que les hydatides caractéristiques furent reconnues.

Mais, si ces signes manquent, *a priori* le diagnostic de kyste hydatique est impossible; il faut donc avoir recours à la ponction, qui lèvera les doutes. On peut alors trouver des crochets dans le liquide, des hydatiques (Karpetchenco), et le cas n'est plus douteux; mais, même en l'absence de crochets, le liquide est assez caractéristique, s'il est limpide comme de l'eau de roche, s'il contient des chlorures, etc. Qu'après la ponction, quelque quantité de liquide se répande dans le tissu cellulaire, et que son absorption soit suivie d'urticaire, la certitude s'accroît encore de cette constatation toute spéciale.

X

Le traitement des kystes hydatiques du corps thyroïde doit être hâtif; on le conçoit assez facilement d'après ce que nous avons dit de leurs complications les plus habituelles. Nous n'osons ici produire un tableau statistique et comparatif des moyens qui ont été employés; les observations complètes sont trop rares. Déjà la thèse de Dardel nous donnait, sur 12 cas, 7 guérisons, 1 suite inconnue, et 4 morts, dont 3 sans opération; en outre, nous savons que Duguet avait eu recours à la ponction, Meinert à l'incision, et sa malade avait guéri; l'ablation pratiquée par G. Marchant fut, croyons-nous, suivie de récidive, et la marsupialisation a donné un succès à Péan; le malade de Karpetchenco dut subir deux ponctions suivies d'injection iodée; il guérit après avoir conservé quelque temps une fistule. Il importerait de grouper de nouveaux faits plus récents et mieux étudiés, si l'on voulait baser sur des chiffres les indications et les détails du traitement.

Quoi qu'il en soit, l'analyse, pour les faits que nous avons étudiés, de leurs symptômes et de leur anatomie pathologique, et les analogies avec les autres kystes hydatiques nous permettent les considérations suivantes. En dehors, bien entendu, des accidents de rupture, et sans complication purulente, plusieurs moyens de traitement ont été proposés ou employés :

1° La *ponction simple :* acceptable comme moyen rapidement palliatif à des accidents de compression, par exemple, elle est à rejeter absolument comme moyen curatif.

2° Toute *injection modificatrice* préconisée dans les autres cas de kyste hydatique pourrait être essayée; nous retiendrons seulememt l'injection iodée et surtout la ponction suivie d'injection d'une solution de sublimé à 1/1000.

Ce moyen, qui a donné à M. Lannelongue un succès

maintenu après six mois, doit plus particulièrement réussir, ou seulement réussir, dans les cas de kyste uniloculaire et à membrane stérile.

Il faut le manier avec prudence; nous rappellerons l'albuminurie passagère qu'il a occasionnée chez notre malade.

3° L'*incision simple* n'est à citer que pour mémoire; quand à l'incision suivie de lavages, etc..., elle ajoute seulement à la ponction la possibilité d'un nettoyage ou d'un examen plus parfait de la poche. Elle pourrait servir dans un cas de kyste suppuré, traité comme un abcès. Si non, c'est déjà une « intervention » à laquelle on devrait préférer :

4° La *marsupialisation* de la poche ou son capitonnage, selon le mode préconisé ailleurs par Delbet;

5° L'*extirpation du kyste* n'en est pas moins le procédé « idéal » pour obtenir une guérison radicale. Il faudrait alors la borner autant que possible à la simple énucléation. Mais cette énucléation peut offrir de grandes difficultés opératoires, ou bien elle est illusoire pour les cas de kyste multiloculaire irrégulier, ou de kystes multiples.

6° La *thyroïdectomie* partielle ou totale reste alors la seule ressource.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'actinomycose humaine, particulièrement en France (1).

Par les Drs A. Poncet et L. Bérard

C'est en France que l'actinomycose semble avoir été signalée pour la première fois, vers 1853, par Laboulbène et par Lebert. Dans son *Atlas d'anatomie pathologique* (Paris, 1853), Lebert, à propos des granulations du pus, signale et représente des grains jaunâtres trouvés par lui, dans certaines suppurations, et dont l'identité avec l'actinomycose est indiscutable (2). Mais, comme il est arrivé maintes fois, cette maladie dut aller chercher ses lettres de créance à l'étranger, avant d'être admise par nos pathologistes; les Italiens et les Allemands surtout, avec Rivolta, Perroncito, Bollinger, Harz, Ponfick, Boström, Samter, etc., nous éclairèrent sur la nature infectieuse, sur les formes parasitaires, sur les modes de contagion, sur les types cliniques les plus habituels, de l'actinomycose. Grâce à ces documents, importés chez nous par Jullien, Bricon, Firket, Mathieu, Mandereau, MM. Nocard et Lucet pouvaient présenter à l'Académie de Médecine, en 1888, le premier cas d'actinomycose observé en France, avec contrôle microscopique.

A ce moment, et pendant trois ou quatre ans encore, l'actinomycose fut considérée chez nous comme une *affection d'exception, essentiellement exotique*. Vers 1893 seulement, après des recherches méthodiques poursuivies dans plusieurs centres d'études : Paris, Bordeaux, Lille et Lyon surtout, on acquit la conviction, que cette maladie existait réellement en France et qu'elle devait y être presque aussi fréquente que dans les pays, tels que l'Autriche et la Russie, réputés jusqu'alors, après l'Allemagne, comme les seuls « centres d'infection ».

(1) Rapport présenté à la 12e section (sciences médicales) de l'Association française pour l'Avancement des Sciences au Congrès de Saint-Etienne en 1897.

(2) Un dessin de l'Atlas de Lebert *(Fig. 16)* ne laisse aucun doute, ainsi que la description qu'il en a donnée, sur la constatation qu'il avait faite du champignon rayonné.

« Le 13 décembre 1848, M. Louis m'envoya du pus d'une consistance épaisse, presque gélatiniforme provenant d'un abcès des parois thoraciques d'un homme âgé de 50 ans, atteint depuis quatre mois environ d'une affection pulmonaire, que M. Louis soupçonnait être de nature cancéreuse. Le pus renfermait une quantité très considérable de petits corps sphériques, d'un jaune légèrement verdâtre, du volume d'une tête d'épingle, assez faciles à écraser entre deux lames de verre. En les examinant avec un grossissement de cinquante diamètres, on y distingue déjà deux éléments : une substance molle et unissante, et beaucoup de corpuscules durs, étroits, cunéiformes, disposés d'une manière rayonnante. Au moyen de forts grossissements, on constate que ces corps ont 1/50e à 1/40e de millimètre de longueur, sur 1/300e de largeur à la base, et 1/500e de largeur à la pointe. Quelques-uns de ces corpuscules sont lisses, tandis que d'autres offrent une alternation d'un ou deux étranglements avec des élargissements ampullaires intermédiaires.

L'examen chimique y montre les caractères suivants : les corps sont inaltérables par les acides minéraux concentrés. L'acide acétique les débarrasse des éléments étrangers accolés à leur surface, la solution de potasse caustique ne les altère point à froid. A l'état d'ébullition elle réduit les corpuscules cunéiformes en une poudre fine et grisâtre, sans les dissoudre. L'éther, l'alcool et le chloroforme n'exercent sur eux aucune influence, ni à chaud, ni à froid. La solution de potasse dans laquelle ces corpuscules ont été chauffés, mêlée avec une solution de sulfate de cuivre, et portée jusqu'à l'ébullition, n'offre point la coloration rouge uniforme qu'elle présenterait si elle contenait de l'albumine.

On voit que les principaux caractères des corps albuminoïdes et des corps gras manquent à cette substance, dont les réactions chimiques rappellent celles de la chitine : aussi avons-nous dû penser à l'existence de quelques débris helminthiques, dont ces corps seraient des crochets, bien que nous ayons vainement cherché les corps des échinocoques et des cysticerques. » (Lebert : texte, page 54 et Atlas, planche II, figure 16).

Et, de fait, on pouvait compter dans les périodiques français, à la fin de 1896, soixante-six observations d'actinomycose publiées, chiffres certainement audessous de la réalité, car sur ce total près de la moitié (26 cas) revenaient à des chirurgiens lyonnais ou de la région lyonnaise, quoique le premier cas vu à Lyon (Poncet et Dor) date seulement de 1892. A Lyon même, 17 des 26 cas avaient été relevés dans notre senl service de clinique chirurgicale. Ce qui ne veut pas dire encore, que le parasite soit confiné dans le snd-est et l'est de la France, car si nous trouvons en 1896 pour ces régions, outre les 26 cas lyonnais de MM. Poncet, Dor, Bérard, Jaboulay, Rochet, Aug. et M. Pollosson, Gaugolphe, Vallas, Guillemot, Rollet, Destot, Dubard, etc. (1), les cinq observations réunies dans le département du Gard par M. Reboul, nous pouvons compter d'autre part :

A Bordeaux, 8 cas (Dubreuilh, Sabrazès et Frèche, Hoggs, Taburet, Capdepon et Vitrac);

A Paris, 10 cas (Netter, Choux, Legrain, Augier, Duguet, Thiéry, Macaigne et Raingeard, Ducor, Ferraton, Claisse);

A Tours, 4 cas (Meunier);

A Lille, 4 cas (Monestier, Guermonprez, Folet, Lemière, Bécue, Déléarde);

A Reims, 3 cas (Doyen) (2);

A Toulouse, 2 cas (Audry);

A Nancy, 3 cas (Gaube, Weiss, Février);

A Orléans, 1 cas (Lucet).

Par conséquent, l'actinomycose a été observée sur tous les points de notre territoire. En Algérie même, elle a été particulièrement étudiée par MM. Gemy et Vincent qui, des premiers, se sont appliqués à la distinguer de certaines autres maladies parasitaires, à allure clinique très analogue, dont nous parlerons sous le nom de *pseudo-actinomycose*.

Il est donc essentiel, aujourd'hui, que les médecins soient prévenus de la possibilité où ils se trouvent de rencontrer cette affection et qu'ils soient à même de la diagnostiquer.

Nons serons brefs sur la biologie du parasite et sur les caractères histologiques des lésions (3).

(1) Toutes ces observations ont été publiées dans diverses thèses ou recueils, et nous devons, à ce propos, citer les noms de plusieurs internes de l'Hôtel-Dieu : MM. Briau, Bert, X. Delore, Pétouraud, Etiévant, Berchoux, etc.

(2) Dans son Atlas de microbiologie, M. Doyen dit qu'il a opéré en outre trois cas d'actinomycose ; deux de la joue, et un de la paroi thoracique (1897).

(3) Voir : *Actinomycose*, par R. Blanchard et *Traité de Pathologie générale* de Ch. Bouchard, t. II.

Le parasite est l'*Actinomyces bovis*, champignon du genre Oospora, qui a remplacé, en le précisant, l'ancien genre Streptotrix (Sauvageau et Radais) Caractérisé essentiellement par un mycélium à éléments, d'ordinaire courts, un peu incurvés, plus gros que le bacille de la tuberculose, susceptibles de s'allonger considérablement et de se ramifier dans les milieux nutritifs appropriés, il peut se présenter aussi avec des formes sporulées de reproduction, comparables à des *cocci* (surtout dans les cultures) et avec des formes de dégénérescence absolument caractéristiques, *les massues* (surtout les tissus malades). Dans les lésions : tissus infectés ou collections suppurées, ces éléments du parasite sont groupés en granulations, dites : *grains jaunes*, dont le volume moyen est celui d'une tête d'épingle ordinaire, et dont la teinte varie, du grisperle au jaune brun.

Dans chaque grain on trouve, en allant du centre à la périphérie, le mycélium et les spores, facilement colorés par les produits d'aniline sans décoloration par le Gram, puis, la bordure en couronne des massues, qui a fait donner au parasite le nom de (ἀκτίν, étoile) d'*actinomycoses*, de *champignon rayonné*. Ces massues prennent peu ou pas les couleurs d'aniline, mais elles sont nuancées rapidement en rose, par l'éosine, et en orangé, par le picrocarmin. De contours ovoïdes ou piriformes, plus rarement mûriformes, deux fois plus grosses environ que les leucocytes environnants, les massues, à elles seules, permettent d'affirmer un diagnostic d'actinomycose (bien que Fischel, de Prague, et plus récemment MM. Cornil, Babès aient signalé des formations analogues dans des cultures de tuberculose vieillies); il suffira donc, pour les besoins de la pratique, de chercher à les colorer dans le grain jaune.

Le critérium de l'inoculation est d'ailleurs plus délicat à établir que pour la tuberculose; aujourd'hui encore, soit l'inoculation aux animaux, soit les cultures sur milieux artificiels, exigent des techniques délicates, possibles seulement avec toutes les ressources et tous les loisirs d'un laboratoire. Ce qui les rend difficiles surtout, c'est l'association habituelle, dans les lésions de l'homme, d'un microbe pyogène ou saprophyte, à l'actinomyces, qui, mis en symbiose avec ces microorganismes, ne tarde pas à disparaître devant leur multiplication plus rapide. Ce dernier fait explique qu'en clinique, dans les vieux foyers infectés secondairement, on puisse ne plus retrouver de grains jaunes.

Au point de vue de la contagion, bien que l'actinomycose soit très fréquente chez les herbivores, et en particulier chez les bovidés, où le parasite fut pour la première fois observé par Harz en 1877, il semble nettement établi aujourd'hui que l'infection est réalisée la plupart du temps par l'intermédiaire des végétaux, sur lesquels l'actinomyces se développe facilement et se conserve indéfiniment, en revêtant des formes de résistance (*spores*) beaucoup plus dangereuses pour l'homme, que les formes de dégénérescence (*massues*), constatées chez les animaux. D'ordinaire, c'est un grain de céréales ou un brin d'herbe, mâchonné et avalé par inadvertance, ou employé comme curedent, qui sert de véhicule au parasite. Plus rarement, on a pu incriminer des poussières inhalées et transportées directement dans les voies respiratoires, par exemple au cours du battage des céréales. Aussi, les lésions affectent, de préférence, les tissus voisins des orifices naturels ou des cavités internes en communication avec l'extérieur : tube digestif, poumon, etc., et les habitants des campagnes sont plus exposés à la maladie que ceux des villes.

Une fois fixé dans les tissus, l'actinomyces détermine, par diapédèse des leucocytes et transformation *in situ* des éléments fixes, la formation d'un nodule infectieux, d'abord très semblable au follicule de Köster dans la tuberculose. Autour du grain jaune se tassent en couronne des cellules épithélioïdes, dont les plus centrales, très altérées, subissent la dégénérescence et la fonte granuleuse, tandis que les moins malades sont dans un état de tuméfaction trouble, bien décrit par Unna et par Audry. Des globules blancs, peu modifiés, constituent les couches les plus périphériques du follicule; autour d'eux, un peu refoulés et enflammés, apparaissent les éléments du tissu infecté. Dans les lésions plus anciennes et surtout dans les foyers en voie de guérison, le processus fibreux domine, comme dans le nodule tuberculeux de Friedländer. Tout autour de la bordure de leucocytes se voient des strates conjonctives, en anneau plus ou moins épais, qui séparent le nodule des éléments voisins. La cellule géante est exceptionnelle toutefois, elle se rencontre seulement dans les très vieux nodules en voie de résorption (Pawlowski et Maksontow).

Au contact du parasite, les tissus réagissent peu. Souvent les vaisseaux ne présentent que des lésions minimes de leurs parois ; cette absence de péri et d'endartérite, coïncidant avec la tuméfaction trouble des cellules du nodule, distingue parfois assez nettement l'actinomycose de la syphilis et de la tuberculose, pour que le diagnostic histologique puisse en être proposé, sinon affirmé, même en l'absence des grains jaunes.

La progression des lésions se fait le plus ordinairement par continuité, suivant un processus de forage, un « *travail de taupinière* ». Le parasite avance dans les tissus, au hasard des résistances qu'il rencontre le long des interstices aponévrotiques et des gaines vasculaires, pour englober dans le même foyer d'infection tous les plans d'une région : périoste, muscles, tissu sous-cutané et peau. Quand il arrive, par effraction, dans un vaisseau sanguin, il peut ensemencer, par embolie, le poumon, le foie, la rate, le rein, le cerveau, etc.; de même, par la voie lymphatique il peut infecter les grandes séreuses : méninges, péricarde, plèvre et péritoine (*actinomycose pyohémique*). Mais, ce sont là, pour le parasite, des modes de progression exceptionnels : *les lymphangites et surtout les adénites mycosiques constituent des raretés*. Habituellement, il procède par envahissement continu, et tandis que les premières galeries qu'il a creusées se réparent en arrière de lui, au point qu'il est souvent impossible d'en retrouver la trace, il occupe de nouveaux tissus, déterminant à son approche des phénomènes congestifs plus ou moins diffus, rarement aigus, en général chroniques, qui aboutissent à la production d'un œdème bien spécial, dont l'impression au doigt est intermédiaire entre *la dureté des tumeurs et l'empâtement plus mou des inflammations*.

Alors, au bout d'un temps, qui varie avec la profondeur initiale du foyer, les téguments d'abord fixés aux plans sous-jacents, sont amincis, soulevés par des nodosités, d'une coloration bleuâtre, livide, qui s'ulcèrent presque toujours, pour donner lieu à des fistules habituellement multiples, dont le suintement même prolongé, ne détermine qu'un affaissement incomplet de ces élevures. Ces fistules offrent cette particularité intéressante, que quelques-unes se cicatrisent, à côté ou au milieu d'autres foyers en pleine activité. Elles laissent écouler une sérosité louche, entraînant avec les grains jaunes des fongosités molles, chargées de sang, s'écrasant facilement sous le doigt. Quand la suppuration se produit, on admet généralement que des infections secondaires se sont surajoutées, bien que MM. Bollinger et Netter croient au pouvoir pyogène de l'actinomyces.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Communications faites au Congrès de Moscou,
par M. Le Dentu.

A propos du traitement des plaies infectées. — Recherches sur les propriétés du formol et du parachlorophénol.

Rien n'est aussi difficile que d'obtenir la désinfection absolue d'une plaie, surtout lorsque l'infection est ancienne. On peut cependant la réaliser par l'emploi isolé ou combiné de plusieurs méthodes qui relèvent toutes de l'antisepsie, sous des formes très différentes. Ces *méthodes* sont : le lavage, l'irrigation, la balnéation, la pulvérisation, le pansement humide ou sec. Elles utilisent des *agents* dont le nombre augmente tous les jours, mais dont les plus employés sont encore les solutions d'acide phénique, de sublimé, de chlorure de zinc, les poudres d'iodoforme et de salol.

Ces agents n'ont pas besoin de posséder une action spécifique sur tel ou tel microbe pour être efficaces. Sauf certaines nuances constituant une spécificité relative, ils sont tous indistinctement plus ou moins puissants contre toutes les espèces microbiennes avec lesquelles nous sommes généralement aux prises, à condition qu'ils puissent exercer une influence directe immédiate sur elles.

A la liste des antiseptiques classiques, depuis longtemps se sont ajoutées, en peu d'années, un grand nombre de substances nouvelles de valeur inégale, dont quelques-unes cependant peuvent lutter avec celles qui se sont fait une large place dans la thérapeutique chirurgicale.

Il en est deux dont je me suis attaché à déterminer les propriétés, au point de vue pratique, en procédant expérimentalement sur des cobayes, puis, cliniquement, sur des malades de l'hôpital Necker ou de la ville ; ce sont : le *formol* et le *parachlorophénol*.

Avec des solutions à 5 0/0 et à 5 0/00 de la solution à 40 0/0 de formol polymérisé du commerce dans de l'alcool méthylique, nous avons pratiqué à plusieurs cobayes des injections sous-cutanées. Les solutions à 5 0/0 produisent des désordres locaux considérables et possèdent un pouvoir escarrifiant très marqué.

La dose mortelle, à la suite de plusieurs injections, a varié entre 1 gramme 79 et 0 gramme 10. Ce dernier chiffre est évidemment trop faible et représente une exception. D'après Berlioz et Trillat, la dose mortelle serait de 0 gramme 66 par kilogramme d'animal, ce chiffre nous paraît assez exact. Ce qui n'empêche pas que, chez l'homme, il faut se méfier de l'absorption en un coup de 5 à 6 grammes de la solution-mère de formol à 40 0/0. Certaines précautions sont donc nécessaires pour empêcher la stagnation des solutions employées sur l'homme dans des plaies anfractueuses ou cavitaires.

Les lésions trouvées sur les cobayes de mon laboratoire étaient tout à fait comparables à celles que Pilliet a déterminées par des injections massives. Elles portent sur les reins, le foie, les capsules surrénales et aussi la rate.

Le pouvoir stérilisant du formol étant deux fois plus considérable que celui du sublimé, comme on peut s'en servir en solution au 1/200, on se sert en réalité d'un agent dix fois plus énergique que le sublimé au 1/1000.

Le formol a en plus un pouvoir *désodorant* absolument extraordinaire ; les tissus gangrenés perdent immédiatement leur odeur infecte, au contact d'une solution au 1/200 ou à 5/00.

A ces divers titres, le formol est donc *un agent de désinfection et de stérilisation de premier ordre*. Sous forme de vapeurs, il est digne de confiance dans certaines conditions déterminées, mais je ne m'y fierais pas pour la préparation du catgut.

Par contre, en solution à 5 0/00, il est précieux pour l'immersion des instruments. Dans ces proportions, il ne les altère pas, et il n'irrite sérieusement ni les yeux, ni les mains.

Pour le lavage des plaies infectées, pour les pansements, en cas de gangrène étendue ou moléculaire, je ne lui connais pas d'égal jusqu'ici, et la solution au 1/200 m'a paru toujours très bien supportée. Avec une solution au 1/400 ou à 2.5 0/00, on obtient encore de bons effets. La solution à 1/1000 est insuffisante lorsque les tissus sont mortifiés et les plaies infectes. On ne doit guère la conseiller que pour la balnéation.

Le *parachlorophénol* est un dérivé du chlore et de l'acide phénique. Il se présente sous la forme de cristaux qui fondent à 37°, bouillent à 217°, se dissolvent difficilement dans l'eau, facilement dans l'alcool, l'éther et les alcalis. Il a déjà été l'objet de recherches assez nombreuses dans ces dernières années. Spengler a affirmé qu'une solution à 2 0/0 était l'agent le plus puissant pour détruire la virulence du bacile de Koch. Par la méthode des fils, la solution à 1 0/0 tue les bacilles d'Eberth en trente secondes et le bacille du charbon en cinq minutes. Son pouvoir bactéricide serait donc cinq fois environ plus élevé que celui de l'acide phénique, et des solutions cinq fois plus faibles sont équivalentes aux trois solutions classiques de cet acide. Tels sont les résultats des expériences faites dans mon laboratoire.

Nous avons déterminé la dose mortelle par kilogramme, en injections sous-cutanées sur vingt et un cobayes. Dans une première série d'expériences, nous avons fait une seule injection de solutions à 2.5 0/0, 1 0/0 et 1 0/00. La dose mortelle s'est trouvée entre 0 gramme 21 et 0 gramme 26 par kilogramme d'animal. Les animaux qui ont succombé ont eu des convulsions suivies de

coma. En deux injections faites deux jours consécutifs, 0 gramme 25 par kilogramme ont été supportés. Avec trois injections pratiquées en trois jours, 0 gramme 26 par kilogramme ont été bien tolérés.

A la suite d'une série d'injections variant de 4 à 50, en un nombre de jours variant de 6 à 66, des doses totales de 0 gramme 51 et de 1 gramme 42 par kilogramme ont causé la mort; dans le premier cas, avec 4 injections; dans le second, avec 14 injections. En revanche, un animal a supporté, sans présenter autre chose qu'une diminution de poids, 1 gramme 34 en 48 injections pendant 66 jours.

Le seul travail expérimental et clinique comparable au mien est celui de Girard (de Berne). Je ne suis pas absolument d'accord avec mon collègue sur certains points.

D'après lui, la dose mortelle serait de 1 gramme par kilogramme d'animal. Je l'ai trouvée de 0 gramme 25 à 0 gramme 26 par kilogramme, après une seule injection, et sur le cobaye.

Le parachlorophénol altérerait peu les instruments. En solution au 1/100, il nous a paru attaquer fâcheusement même le nickel.

Outre son pouvoir microbicide cinq fois plus fort que celui de l'acide phénique, je lui reconnais encore, comme avantages, d'être doué d'une odeur beaucoup moins violente et moins tenace, d'être aussi moins irritant; et il est, de fait, moins toxique, puisque sa solution au 1/100 correspond à la solution au 1/20 d'acide phénique. Néanmoins, son absorption donne assez facilement lieu à des urines noires. C'est donc un agent dont le maniement exige des précautions.

J'en ai fait jusqu'ici trop peu d'applications pratiques pour avoir le droit de poser des conclusions fermes. Je dirai seulement que le parachlorophénol mérite d'être étudié sérieusement et que, sous certains rapports, il pourrait bien, dans l'avenir, mériter la préférence sur l'acide phénique.

A propos d'un lymphangiôme du canal inguinal accompagné d'une hydrocèle filarienne et de lésions éléphantiasiques du testicule. Considérations sur les orchites spéciales des pays chauds.

En 1881, j'ai eu à traiter une hydrocèle chyleuse. Dans le liquide existaient des embryons de la *filaria sanguinis*. C'était la première fois que je rencontrais ce parasite découvert par Demarquay en 1863, dans des conditions identiques.

En 1884, à propos de ce cas, j'ai lu devant la Société de chirurgie un travail sur les accidents causés par la filaire en général, et surtout sur les hydrocèles chyleuses.

En 1887, j'ai attiré l'attention de mes collègues de la Société de Chirurgie sur certaines indurations du testicule, ressemblant beaucoup à la syphilis de cet organe, que j'avais observées plusieurs fois sur des habitants de la zone tropicale. Frappé de la coïncidence possible, mais non constante, de ces indurations avec l'éléphantiasis du scrotum, je les ai considérées comme de la même nature que ce dernier, et je n'ai pas craint d'intituler mon travail : *De l'éléphantiasis du testicule indépendant de celui du scrotum.*

En 1890, une castration unilatérale rendue nécessaire par une opération autoplastique, sur un homme atteint d'éléphantiasis du scrotum, m'offrit l'occasion d'étudier les lésions spéciales du testicule et de constater qu'elles étaient bien, comme l'éléphantiasis cutané, d'origine lymphangitique. Le rapprochement que j'avais fait des deux ordres de lésions était donc exact. Le résultat de l'examen hystologique du testicule est consigné dans les *Bulletins de l'Académie de Médecine* de 1890. Un fait en ressort nettement, c'est que, ainsi qu'il fallait s'y attendre, l'induration fibro-laminaire siège presque exclusivement dans l'épididyme, la tunique vaginale et l'albuginée.

Enfin cette année (1897), j'ai eu à donner des soins à un jeune homme de 23 ans, né aux Antilles, chez qui existaient en même temps une induration éléphantiasique du testicule, une hydrocèle, une entérocèle inguinale et une tumeur du canal inguinal, empiétant sur les bourses, qui ressemblait beaucoup à une épiplocèle adhérente.

La cure radicale de cette lésion et l'extirpation de cette tumeur furent jugées nécessaires pour diverses raisons. Au cours même de l'opération, il fut reconnu qu'à côté de l'entérocèle se trouvait, non une épiplocèle adhérente, mais un *lymphangiôme* et un *varicocèle lymphatique* volumineux.

Quant à l'*hydrocèle*, elle avait été ponctionnée plusieurs jours auparavant. Le liquide, absolument normal d'ailleurs, contenait *un grand nombre de filaires vivantes.*

Le malade éprouvait depuis plusieurs années des accidents particuliers consistant en crises de douleurs, accompagnées de fièvre, de vomissements et de gonflement, ayant leur point de départ dans le testicule droit et remontant vers la fosse iliaque et le flanc jusqu'aux reins. Il avait vu apparaître l'hydrocèle et la tumeur mixte du canal inguinal (hernie et lymphangiôme) depuis plusieurs mois. Les crises douloureuses ayant pris, au mois de février de cette année, une intensité extraordinaire, le malade s'est résolu à changer de climat.

La pièce offre un vif intérêt. D'une part, le testicule enlevé présentait les mêmes lésions déjà décrites en 1890 à l'Académie de Médecine (*lymphangite chronique* de l'épididyme et des enveloppes testiculaires, avec *hyperplasie conjonctive* consécutive); d'autre part, elle offrait, à l'examen, un *lymphangiôme* de grandes dimensions,

qui plongeait dans le bassin en même temps qu'il descendait dans le scrotum, et qui était escorté par un énorme *varicocèle lymphatique* sans connexions apparentes avec lui.

La tumeur était constituée par un amas de vaisseaux lymphatiques, la plupart de nouvelle formation, dilatées en vacuoles dont quelques-unes contenaient un liquide louche, un peu lactescent, où il n'a pas été trouvé de filaires. M. Le Dentu fait l'exposé détaillé de ces lésions et les montre sur des préparations.

Les suites de l'intervention furent assez inquiétantes pendant une période de quelques jours. Il fallut inciser une tumeur liquide développée dans la cavité abdominale et d'où il s'échappa du sang pur, liquide et en caillots. A chaque pansement, du sang s'écoulait, sans qu'on pût se rendre compte de son origine. Puis, des vomissements violents se déclarèrent, vomissements bilieux, accompagnés d'ictère et de douleurs dans la région de la vésicule biliaire, comme s'il s'était agi de coliques hépatiques; mais, dans la pensée de M. Le Dentu, ces accidents devaient se rapporter à l'existence de grosses varices lymphatiques, et peut-être d'un adénolymphocèle du groupe ganglionnaire préaortique. Actuellement, le malade est guéri.

A propos de ce cas extrêmement intéressant, *où le paludisme n'a joué aucun rôle*, où la filaire a eu certainement un rôle prédominant, sinon exclusif, M. Le Dentu développe des considérations sur les accidents propres aux pays chauds qu'un certain nombre d'auteurs, Manson, Lews, Fayrer, Bancroft, Magalhaes, Audain, attribuent sans hésitation à l'influence de ce parasite. Il aborde aussi la question de l'*orchite paludéenne* et en met en doute l'existence, pour la raison que le paludisme est bien loin d'être toujours démontrable chez les sujets qui en sont atteints, et qu'elle apparaît exclusivement dans des régions où la filariose est endémique.

Le seul point douteux est de savoir s'il ne faut pas que le système lymphatique ait été préparé, *par une résidence prolongée dans les pays chauds*, à recevoir l'action de la filaire. En effet, *les individus fraîchement établis dans ces pays chauds sont indemnes d'accidents*. Sauf cette réserve, l'action du parasite est incontestable, quoiqu'on ne puisse pas toujours arriver à en démontrer l'existence par l'examen du sang.

M. Le Dentu établit une division des accidents testiculaires en aigus, subaigus et chroniques. Ces derniers peuvent être chroniques d'emblée, sans avoir été précédés de poussées aiguës, et ne sont pas toujours accompagnés d'éléphantiasis scrotal. Ils méritent spécialement la dénomination d'éléphantiasis du testicule.

Le diagnostic avec la syphilis tertiaire est parfois très délicat. Le défaut de tout accident spécifique préalable, l'état stationnaire, l'impuissance du traitement spécifique, sont des motifs de différenciation très importants.

Le changement de climat, le passage dans une zone tempérée ou froide, arrêtent l'évolution des accidents plus ou moins rapidement. Peut-être l'électrolyse les ferait-elle rétrograder, comme lorsqu'on a affaire à un lymphangiôme proprement dit.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Autopsie d'une cystostomie pratiquée il y a quatre ans. Urèthre contre nature continent. Mort de tuberculose pulmonaire et vertébrale.

M. Xavier Delore, interne des hôpitaux, présente, à la Société de Médecine de Lyon, la fistule et la prostate d'un ancien cystostomisé qui a gardé pendant plus de trois ans un méat hypogastrique continent, et qui est mort ces jours derniers dans le service de M. le professeur Poncet, des suites d'une tuberculose pulmonaire et vertébrale, sans aucune complication nouvelle du côté des organes urinaires.

Le début des troubles urinaires remonte au mois de mars 1893. Au mois de juillet de la même année, la rétention s'établit progressivement et devint peu à peu complète. Il entrait le 15 août à l'hôpital de la Croix-Rousse, avec un état général très mauvais, une langue sèche, une vessie très distendue et une température de 38°.5. On fit, en vain, le cathétérisme pendant plusieurs jours : les urines restaient troubles, la rétention persistait, les symptômes généraux graves augmentaient peu à peu, la température atteignit 39°.6, la langue était rôtie et l'appétit complètement disparu. Aussi M. Orcel se décida-t-il à pratiquer la cystostomie sus-pubienne, après avoir été forcé de pratiquer deux fois la ponction.

L'opération avait été faite le 21 août. Un mois après, le malade quittait l'hôpital avec un état général excellent, et deux mois après il gardait complètement ses urines.

Le 1er septembre 1894, M. Lagoutte revoit le malade et constate que la santé est parfaite, à tel point que ce vieillard de 68 ans continue à exercer son métier de jardinier. Il notait une continence complète; jamais une seule goutte d'urine ne s'écoulait par la fistule, sans que le malade ne s'en aperçût, même quand il soulevait des fardeaux pesants. Au moment des besoins, l'urine était projetée à un mètre ou un mètre et demi par le méat hypogastrique, et le jet avait le volume d'une plume d'oie.

Le 1er octobre 1896, le malade rentre à la clinique de M. Poncet pour des accidents nouveaux. Depuis trois semaines s'est déclarée une vive douleur dans la région lombaire, en même temps que la station debout et la marche sont devenues impossibles. Les réflexes rotuliens sont exagérés, il existe une vive douleur à la pression de

l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire. Ou diagnostique un mal de Pott confirmé bientôt par l'apparition d'une tuberculose pulmonaire, à laquelle le malade succomba le 19 juin 1897.

Depuis le 1er septembre 1894, cet homme avait toujours pu travailler; il gardait ses urines pendant trois ou quatre heures, urinait quand il en éprouvait le besoin, par son méat hypogastrique, aucune goutte ne s'échappait par la verge. La continence était si parfaite que cet homme avait jugé superflu de porter un appareil. Le jet hypogastrique atteignait soixante à quatre-vingts centimètres au moins, et cette distance était bien suffisante pour empêcher la souillure des vêtements.

Cette fonction si parfaite avait diminué depuis le début de l'affection vertébrale; le jet devint moins fort; puis finalement, avec les progrès de la lésion médullaire, dans les trois derniers mois de la vie de ce vieillard, il s'était établi une incontinence urinaire complète par le méat hypogastrique, sans doute par suite de la propagation des lésions tuberculeuses au niveau du centre vésical, de la même façon qu'on voit bien souvent dans ces lésions une incontinence urinaire par la voie uréthrale normale. Au moment où nous vimes le malade, en octobre 1896, le jet atteignait encore quarante à cinquante centimètres, et la miction se faisait régulièrement toutes les trois heures.

A l'*autopsie*, le diagnostic de tuberculose et de mal de Pott de la première lombaire est obsolument confirmé et la cause de la mort est aussi bien expliquée.

L'état des organes urinaires est le suivant : La prostate est énorme, dure, fibreuse et l'urèthre qui la traverse est coudé à angle droit dont le sommet correspond au verumontanum. Cet urèthre prostatique est ainsi déformé et considérablement allongé. Le cathétérisme n'eût été possible qu'avec une sonde bicoudée ou à grande courbure. Au niveau du col vésical, le lobe moyen de la prostate forme une saillie limitée sur les côtés par deux gouttières très fines uréthro-vésicales.

La vessie est épaissie, sclérosée, enflammée chroniquement. Il n'y a pas trace d'inflammation récente, pas de pus. La muqueuse est ardoisée, avec colonnes et îlots saillants. Bas-fond vésical de deux à trois centimètres.

Le canal hypogastrique a une longueur de six centimètres et présente un aspect légèrement infundibuliforme à grande ouverture du côté de la vessie. L'orifice cutané est très petit, bridé, et n'admet qu'une sonde n° 12. Enfin la muqueuse qui tapisse le canal est lisse et tranche par son aspect lisse sur les saillies de la muqueuse vésicale. Le canal aboutit au sommet de la vessie, près de l'insertion de l'ouraque. Les uretères, les bassinets, les reins présentaient également des traces d'inflammation ancienne mais pas d'inflammation récente, pas une goutte de pus dans leur intérieur.

En somme, la mort est absolument indépendante de l'affection urinaire. Cette observation est un bel exemple du bienfait de la cystostomie qui a sauvé la vie d'un vieillard de soixante-dix ans, lui a permi de reprendre son travail, et de mourir d'une affection étrangère, quatre ans après des accidents urinaires fort graves. Elle montre également combien le traitement par cathétérisme eût été pénible et sans doute impuissant, car la prostate énorme opposait une barrière, nous osons dire, infranchissable à la sonde dirigée par la main la plus habile. Enfin, une fois de plus, nous touchons du doigt la cause de la persistance de la fistule hypogastrique : chez les cystostomisés, on sait que le méat hypogastrique a une grande tendance à l'oblitération chez les uns, à la persistance chez les autres. Pourquoi? Parce que l'obstacle prostatique disparait ou subsiste. Chez notre vieillard, la fistule a persisté à cause du volume de la prostate et des déformations uréthrales : c'est justement dans ces cas que le cathétérisme est impossible. La nature fait ainsi une sélection chez ces infirmes, guérissant ceux qui peuvent encore accomplir la miction par les voies naturelles, laissant aux autres un nouvel urèthre qui les met à l'abri d'accidents devant se répéter fatalement à une date plus ou moins rapprochée.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Procédé pratique pour avoir du catgut, de la soie et des crins de Florence parfaitement aseptiques.

Pour **M. Merlin** (*Dauphiné médical*, n° 7, p. 161, 1897) l'emploi de l'éther au sublimé à 1/100 constitue une méthode très simple pour avoir du catgut aseptique, souple et solide : il suffit de faire tremper le catgut du commerce dans la solution d'éther au sublimé à 1/100 et de l'y laisser jusqu'au moment de s'en servir. Ce qui donne le plus de poids à l'excellence de cette méthode, c'est l'usage contin qu'en a fait M. le médcein principal Annequin et l'absence totale d'infection dans tous les cas. Ses avantages nous paraissent surtout précieux pour les chirurgiens éloignés des grandes agglomérations. Sur le champ de bataille, à la campagne, il est difficile, je crois, de trouver une méthode plus simple, donnant une aussi complète sécurité.

M. le médecin principal Annequin emploie, avec un égal succès, la solution d'éther au sublimé pour la stérilisation de la soie et des crins de Florence. Ce traitement ne leur fait perdre aucune de leurs qualités de souplesse et de résistance. Les crayons d'iodoforme sont également bien désinfectés par cette solution.

Certains malades présentant une susceptibilité particulière pour le sublimé, il est bon, avant d'employer chez eux le catgut ou la soie ainsi traités, de plonger ces fils pendant quinze ou vingt minutes dans une solution de microcidine à 5/1000 ou toute autre solution antiseptique

ou aseptique. Les solutions aqueuses ont l'inconvénient de gonfler le catgut et de rendre difficile son passage dans le chas des aiguilles.

L'acide picrique en clinique.

M. Monod dans une clinique récente (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 61, p. 712, 1897) donne l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des plaies simples, des ulcères et des brûlures et décrit la technique du pansement :

Après avoir lavé la plaie, on applique les compresses humides; ces compresses doivent avoir été bien imbibées, et nous avons l'habitude de ne pas les presser fortement de façon qu'elles soient très chargées d'acide picrique. Nous en recouvrons la partie malade en mettant une bonne épaisseur, par exemple trois compresses superposées autour du membre. Ce pansement dépasse la plaie en haut comme en bas. Par dessus les compresses, nous appliquons une bonne couche d'ouate ordinaire et une bande de tarlatane.

L'absence de toute enveloppe imperméable est le second point essentiel : l'acide picrique doit être sec pour agir, il ne peut le devenir que si on laisse s'évaporer l'eau de la solution.

La règle à suivre pour la durée d'application résulte de ce qui précède. Un pansement humide, pour devenir sec, exige un certain temps, au moins un jour; donc, pendant le premier jour, au moins, de son emploi, l'acide picrique ne produit pas d'effet ou en produit peu : d'où la nécessité d'espacer longuement les renouvellements pour réduire le temps perdu à son minimum. La longue durée d'application est le troisième point essentiel de la technique du pansement picriqué, et c'est peut-être le plus important de tous. Un pansement à l'acide picrique doit être laissé en place sept jours: en tous cas, il ne doit pas rester appliqué moins de trois jours, à moins de circonstances exceptionnelles. Voici comment nous procédons : les premières compresses sont changées au bout de trois jours, et, si l'écoulement est abondant, les secondes sont renouvelées aussi au bout de trois jours. Mais après, nous augmentons l'intervalle et nous arrivons vite à atteindre le septième jour. Ce qui doit faire faire un pansement avant le septième jour, ce n'est ni la quantité de l'écoulement (à moins qu'il ne soit cependant par trop abondant) ni l'odeur, quelquefois très marqués l'une et l'autre dans les ulcères et les brûlures : c'est la douleur ou la température. Un malade qui souffre doit être pansé.

Quand on pratiquera le renouvellement, il sera nécessaire de tirer sur le pansement sale pour le décoller, car celui-ci adhère, en général, fortement à la plaie; néanmoins on parvient à l'en détacher sans provoquer de douleurs. Il faudra se garder d'enlever la croûte circulaire qui entoure la plaie après quelques pansements : c'est l'anneau de kératinisation. Une exception doit être faite pour le cas où cette croûte tiendrait à peine, on bien pour le cas où elle serait trop épaisse et volumineuse : elle formerait alors corps étranger et mieux vaudrait l'enlever.

D'autre part, **M. Iou V. Sila-Novitsky** (Moscou) a employé sur une large échelle, chez plus de trente-deux enfants, l'acide picrique contre les brûlures. Les résultats qu'il a obtenus lui font souhaiter de voir cette méthode prendre une grande extension. L'auteur applique des compresses trempées dans une solution de 2 grammes 50 dans 500 grammes d'eau avec addition de 50 grammes d'alcool. On peut laisser le pansement à demeure pendant quatre ou six jours que réclame la guérison de brûlures légères; dans les cas plus graves, ou, si contrairement à ce qui arrive d'habitude, les compresses ne sont plus tolérées, il faut renouveler le pansement. M. Sila-Novitsky a vu la guérison relativement rapide de cas graves, avec suppuration abondante. Il insiste sur ce que l'acide picrique, dans la majorité des cas, possède une action analgésique locale assez marquée.

(*Wratch*, n° 16, 1897 et *Bull. méd.*, n° 58, p. 687, 1897.)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par arrêté ministériel, le professeur de médecine opératoire dirige, pendant le semestre d'été, les exercices pratiques de médecine opératoire.

Il lui est adjoint un sous-directeur pris parmi les agrégés en exercice (section de chirurgie).

L'agrégé, sous-directeur des exercices pratiques de médecine opératoire, est dispensé du service des examens pendant le semestre d'été.

HOPITAUX DE PARIS

Concours des prix de l'internat.

L'ouverture du concours pour les prix de l'internat aura lieu le 13 décembre prochain pour la médecine, et le 16 du même mois pour la chirurgie.

Se faire inscrire du 1er au 15 octobre. Le mémoire devra être déposé avant le 15 octobre.

VARIA

Collège de France.

Il est créé un laboratoire de médecine expérimentale et M. le docteur Charrin est nommé directeur dudit laboratoire.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

TRAVAUX ORIGINAUX

Chirurgie du poumon, en particulier dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène tuberculeuse.

Résumé et conclusions du Rapport présenté au Congrès de Moscou par M. Tuffier.

La chirurgie pulmonaire, regardée pendant longtemps comme nne chirurgie d'exception, mérite d'entrer plus largement dans la pratique. Les résultats favorables de l'expérimentation, les perfectionnements de la techniqne opératoire, la tolérance remarquable dn poumon chez l'homme, sont antant de données acquises permettant à cette chirurgie de se généraliser et d'assurer son avenir.

Un diagnostic précis et nne intervention précoce sont ses deux éléments de succès. La *précision du diagnostic* a beauconp à gagner encore, pour nous indiquer *le siège* des lésions et pour nous en limiter *l'étendue*. La percussion et l'auscultation sont des méthodes excellentes, et l'ensemble des signes physiques est important, mais je ne doute pas que la radiographie ne soit ici d'un puissant appui dans les cas difficiles. La ponction purement exploratrice offrirait de grands avantages, si elle ne présentait quelques dangers; c'est au moment même de l'intervention, ou après l'incision du thorax, qu'elle donne le maximum de renseignements avec le minimum de risqnes. Sur 87 cas, nous trouvons 19 ponctions négatives, 52 positives, 19 fois plusieurs ponctions furent nécessaires.

L'*incision* et la *résection* dn parenchyme pulmonaire peuvent être largement pratiquées sous le double couvert de l'antisepsie et de l'hémostase la plus rigoureuse. Elles comprennent une opération préliminaire : la *thoracotomie* et la *traversée pleurale*, et une opération principale : *l'incision ou la résection du poumon*. L'opération préliminaire a nne importance considérable; la thoracotomie comprend un tracé d'incision des parties molles généralement courbe à convexité inférienre mais variable d'étendue avec la profondeur, l'étendue et l'incertitude du diagnostic de la lésion présumée. L'incision simple de l'espace intercostal, sauf rares exceptions de suppnrations aignës, est insuffisante; une résection costale proportionnelle à la profondeur, à l'étendne, à la difficulté d'atteindre le foyer pulmonaire est préférable. La partie inférieure de cette résection devra affleurer le point le plus déclive du foyer; elle a l'avantage de donner nn champ d'opérations large, d'assurer un drainage plus complet, et, ultérieurement, elle permet l'affaissement de la paroi thoracique, si ntile au processus de cicatrisation des pertes de substance dn poumon.

Les adhérences des deux feuillets pleuraux sont la règle générale (87 0/0). 215 opérations par lésions septiques avec : absences d'adhérences 25 cas, adhérences insuffisantes on incomplètes 24. Les poussées de pleurésies antécédentes, les allures aiguës de la maladie, le siége constant des lésions, la douleur localisée à la pression créent des présomptions en leur faveur. La dépression des espaces intercostaux pendant l'inspiration, l'amplitude des oscillations d'une aiguille exploratrice enfoncée à ce niveau pendant la respiration plaident dans le même sens. Mais aucune de ces constatations n'offre de garantie absolue, et il faut toujours avoir présent à l'esprit la possibilité de l'ouverture de la séreuse. Au cours de l'opération,

l'aspect gris, lardacé de la plèvre, son épaississement, sa consistance fibreuse appréciable au doigt, sont, à mon avis, de bien meilleurs indices. Quand elle existe, cette symphyse pleurale facilite l'opération, devient un gage précieux du voisinage du foyer morbide et allège d'autant le pronostic. Si elle paraît insuffisante, il faut la cousolider par une collerette de sutures. Les adhérences manquent-elles, voit-on chevaucher sous le feuillet pariétal le poumon avec sa teinte gris-rosé au niveau du point d'attaque? On peut les chercher ou les créer. Les *chercher :* en pratiquant une ouverture pleuro-pariétale qui permette l'introduction du doigt dans la séreuse; ou en décollant la plèvre autour du point réséqué pour sentir une induration à sa surface; les *créer immédiatement :* par la suture des deux feuillets pleuraux et la pénétration dans le poumon au centre de la surface ainsi isolée; les *créer lentement :* par l'acupuncture; ou l'application des caustiques chimiques (pâte de chlorure de zinc) ou le tamponnement iodoformé. La traversée pleurale constitue alors une opération en un ou plusieurs temps. *La suture des deux feuillets pleuraux* me paraît la méthode de choix, elle permet d'agir de suite avec sécurité et sans changer les rapports du poumon et du thorax, rapports sur lesquels sont basées toutes les recherches ultérieures du foyer intra-parenchymateux. Quant à la méthode qui consiste à se passer des adhérences en ouvrant largement la plèvre, elle peut être employée s'il existe déjà un pneumothorax, un pyothorax ou des adhérences étendues; mais, en dehors de ces cas spéciaux, qui sont du domaine de la chirurgie pleurale, elle me paraît toujours téméraire, surtout quand la lésion cherchée est un foyer septique. Elle expose à un pneumothorax sérieux, à une infection pleurale, elle éloigne le poumon du centre d'action du chirurgien et change les rapports avec la paroi. Les expériences sur les animaux permettent d'espérer que pour les cas spéciaux où les adhérences manquent complètement, la respiration sous pression et le tubage laryngé deviendront de précieux adjuvants. En somme, la presque unanimité des chirurgiens croit qu'il est bon d'éviter le pneumothorax, et ce n'est que dans les moyens d'y arriver que les opinions diffèrent.

La plèvre traversée, l'*opération principale* commence. Si la teinte brunâtre du parenchyme indique la lésion sous-jacente, on va droit au foyer; de même s'il s'agit d'une tumeur. Mais s'il existe des doutes, une ou plusieurs ponctions exploratrices sont indiquées, et si le résultat obtenu est positif, l'aiguille laissée en place servira de conducteur au thermo-cautère ou *au bistouri*, préférable aux instruments mousses comme la pince à pansement. Le fer rouge est contre-indiqué s'il s'agit de pneumectomie; l'emploi du gros trocart, les applications de caustiques, les ponctions au thermo-cautère suivies de l'élargissement de la fistule, sont des procédés d'exception, auxquels j'ai toujours préféré l'incision franche au bistouri, incision faite en dédolant, et accompagnée d'une *exploration digitale* qui permettra d'apprécier la consistance des parties périphériques. La profondeur même de cette incision peut nécessiter l'emploi d'un instrument mousse, d'une sonde cannelée par exemple. Le foyer découvert sera exploré, on s'assurera qu'il est unique et largement ouvert. L'exploration et les caractères de l'expectoration ou de l'entrée de l'air par la plaie auront alors leur importance. Le tamponnement et le drainage direct ou transthoracique du foyer, s'il est septique, sa suture après extirpation, s'il est aseptique, devront être maintenus soignés, par crainte d'hémorrhagie secondaire dans le premier cas, ou de pneumothorax d'origine bronchique dans le second. C'est la même crainte d'hémorrhagie secondaire qui fera préférer le drain de caoutchouc souple aux autres instruments de drainage; son maintien doit être prolongé. Les irrigations ne peuvent être employées qu'après preuve acquise de la non-communication du foyer morbide et des bronches. L'exploration de la cavité pulmonaire à l'aide du miroir frontal ou de l'éclairage électrique permettra de se rendre compte de la marche de la cicatrisation.

Des *accidents* variés peuvent troubler le cours normal de l'opération. Tout d'abord, l'incision peut ne pas rencontrer la collection, nos relevés signalent douze fois cet accident; l'expérience montre que, dans ces cas, un drain laissé à demeure sert d'appel, et que le foyer s'ouvre généralement les jours suivants à son niveau (5 cas). Le *pneumothorax* et l'*hémorrhagie* sont les deux complications à redouter. Dans le premier cas, saisir rapidement le poumon et le suturer à la plaie me paraît le meilleur moyen de remédier aux accidents immédiats et ultérieurs. Quant à l'hémorrhagie primitive elle est heureusement rare (nous n'en relevons que deux cas), mais ni les instruments mousses, ni le fer rouge, ni même la ponction n'en mettent plus à l'abri que le bistouri;

elle est justiciable du tamponnement. Si enfin tous les moyens mis en œuvre pour empêcher l'infection de la plèvre ont été inutiles, le drainage du cul-de-sac pleural, avec ou sans résection de la neuvième côte, est une pratique recommandable.

Les applications spéciales auxquelles s'adresse la chirurgie pulmonaire peuvent être classées artificiellement en lésions *aseptiques* et lésions *septiques* (bien que certaines affections, comme la tuberculose et les kystes hydatiques, puissent passer de l'une à l'autre de ces deux classes).

Les résultats opératoires fournis par le dépouillement des observateurs que nous avons pu lire et analyser sont les suivants :

					Nombre d'opérés	Guéris	Morts
Lésions aseptiques — Guéris 22 = 75,8 °/o; Morts 7 = 24,1 °/o } 29	Lésions traumatiques	Plaies	9	Suture de la plaie pulmonaire	5	3	2
				Tamponnement	4	3	1
		Prolapsus traumatiques	8	Résection	7	7	»
				Suture et réduction	1	1	»
		Hernies	1	Cure radicale	1	1	»
		Néoplasmes	7	Pneumectomies	7	4	3
		Noyaux tuberculeux	4	Pneumectomies	4	3	1
Kystes hydatiques		Kystes hydatiques	61	Pneumotomies	61	55 = 90.1 0/0	6 = 9.8 0/0
Lésions septiques — Guéris... 140 (¹) = 64.8 °/o; Morts... 75 = 35.2 °/o } 215		Cavernes tuberculeuses	36	Pneumotomies	26	13 = 50 0/0	13 = 50 0/0
				Ponction	1	1	»
				Thoracoplasties	3	2	1
				Pneumectomie	1	»	1
				Incis. d'abcès communiquants.	5	4	1
		Abcès	49	Pneumotomies	43	33 = 76.2 0/0	10 = 23.8 0/0
				Ponctions	6	4	2
		Bronchiectasies	45	Pneumotomies	38	28 = 73.6 0/0	10 = 26.3 0/0
				Ponctions	5	3	2
				Thoracoplastie	1	1	»
				Pneumectomie	1	»	1
		Corps étrangers	11	Pneumotomies	8	4	4
				Ponction	1	1	»
				Pleurotomies	2	2	»
		Gangrène	74	Pneumotomies	71 (¹)	42 = 59.1 0/0	29 = 40.8 0/0
				Ponctions	2	1	1
		Actinomycose	1	Pneumotomie	1	1	»
		Totaux	306		305 (¹)	217 = 70.9 0/0	88 = 29.1 0/0

(¹) Une observation (Tab. F. n° 4) dont le résultat opératoire est inconnu a été retranchée.

LÉSIONS ASEPTIQUES

Les *lésions aseptiques* sont représentées par les *tumeurs*, certains *traumatismes* et leurs complications immédiates, ou tardives telles que les *hernies*; elles constituent une minorité notable.

Néoplasmes. — Parmi les *néoplasmes pulmonaires* primitifs, il en est que l'anatomie pathologique et la chirurgie reconnaissent justiciables de l'extirpation; c'est jusqu'ici la difficulté du diagnostic qui nous en écarte. Toutes nos pneumectomies ont été dirigées contre des tumeurs secondaires ayant pour siège la *cage thoracique* et s'étendant au poumon; c'est au cours de leur exérèse que le chirurgien est conduit sur le parenchyme envahi, par propagation ou par des noyaux de voisinage. La résection du néoplasme et du tissu pulmonaire avoisinant, puis sa suture hémostatique et unissante, ont donné des résultats encourageants (4 guérisons sur 7 cas). Ces tumeurs étaient des sarcômes, la récidive a été lente. Deux écueils sont à éviter pendant l'opération : le pneumothorax est ici la règle, à cause de l'absence constante d'adhérences en dehors de la portion du poumon atteinte par le néoplasme; la réunion insuffisante de la plaie pulmonaire a pu provoquer consécutivement le même accident : c'est alors que la suture préventive en collerette, que la préhension et la fixation du poumon ont rendu l'opération possible, et c'est préci-

sément dans ces cas que la respiration sous pression trouvera son application.

Traumatismes et hernies du poumon. — *L'intervention immédiate dans les plaies aseptiques*, ou supposées telle, est commandée par l'hémorrhagie incoercible ou la hernie d'une portion du poumon. L'ouverture large du thorax rempli de sang, le nettoyage de la plaie, la recherche rapide de l'origine de l'hémorrhagie, la forcipressure, la ligature ou le tamponnement du parenchyme et le drainage consécutif constituent l'ensemble des moyens employés dans les neuf observations publiées. Le volume généralement notable du vaisseau sectionné, la difficulté de l'abord ont fait donner la préférence à la *suture hémostatique* sur le pincement du vaisseau. On serait peut-être autorisé à faire la compression ou la ligature temporaire du pédicule du poumon dans les cas où la recherche de l'origine de l'hémorrhagie abondante, ou son hémostase directe, deviendrait laborieuse.

Les hernies pulmonaires traumatiques immédiates, véritables prolapsus du poumon compliquant les plaies de poitrine, peuvent être réduites si leur asepsie est certaine et si l'organe est sain. Dans le cas contraire, qui est de beaucoup le plus fréquent, la résection de la masse herniée, après ligature au ras de l'espace intercostal et fixation à la plaie, constitue un mode de traitement qui a fait ses preuves (7 cas avec 7 succès). A côté de ces prolapsus dans une plaie, je placerai les faits exceptionnels de hernie immédiate du poumon *par contusion*. L'issue a lieu à travers une rupture d'un espace intercostal. L'immobilisation, puis la réduction lente peuvent parer à cet accident, et seuls des signes particulièrement graves de dyspnée et d'hémorrhagie justifient le débridement et la réduction immédiate. Enfin, les *hernies spontanées, congénitales ou acquises*, les hernies consécutives à d'anciens traumatismes, sont souvent curables par de simples bandages, et une intervention opératoire n'est indiquée que par les douleurs, l'augmentation progressive, ou l'incoercibilité de la hernie. *La cure radicale* après réduction de la hernie et résection du sac pleural m'a donné un bon résultat et c'est là le type absolu de l'opération aseptique sur le poumon.

Tout ce chapitre de chirurgie pulmonaire aseptique est assez pauvre en documents (29 obs.); on ne rencontre que des faits isolés pour ébaucher des conclusions. Ils constituent cependant un tout, ils ont un lien commun. Le succès opératoire est imputable à la technique suivie, et si l'indication a été exactement remplie le résultat est à peu près certain.

KYSTES HYDATIQUES

Les kystes hydatiques servent de transition entre la chirurgie aseptique et les infections pulmonaires d'ordre chirurgical. Notre intervention a été pratiquée dans trois alternatives : le kyste n'est pas suppuré et n'est pas ouvert dans les bronches. Le kyste n'est pas suppuré, mais ouvert dans les bronches. La plupart des pneumotomies ont été pratiquées pour des kystes suppurés et ouverts dans les bronches, et les opérations pour kystes non suppurés sont d'une extrême rareté. Nous sommes tous d'accord aujourd'hui pour proscrire d'une façon absolue la ponction dans le traitement des kystes, à cause des accidents de la plus haute gravité qu'elle occasionne : la rupture du kyste dans les voies aériennes, qui entraîne fréquemment la mort par asphyxie. Par contre, la pneumotomie a donné ici les plus brillants résultats, pratiquée dans 61 cas elle a donné 55 succès, soit 90.1 0/0 de guérisons.

TUBERCULOSE

L'intervention chirurgicale contre la *tuberculose pulmonaire* a été tentée à la période de début, quand la lésion est encore à l'état de *noyau induré*, et à la période d'état, alors que les *cavernes tuberculeuses* sont constituées. A ces deux périodes, les indications, le manuel opératoire et le but à atteindre sont complètement différents. A la *tuberculose au début*, analogue à un néoplasme, j'ai essayé d'opposer l'ablation totale du foyer par pneumectomie, absolument comme s'il s'agissait d'un néoplasme à enlever. Lorsque la caverne est constituée, il ne s'agit plus d'ablation, mais d'ouverture ou de destruction par des moyens variés. Les premières tentatives d'extirpation de noyaux tuberculeux sont peu nombreuses, c'est à tort que Block, Ruggi et Kronlein ont été signalés comme auteurs malheureux de pneumectomies pour tuberculose au début. Le premier opéra une femme qui n'était pas tuberculeuse, les observations de Ruggi n'ont rien de commun avec cette question, et Kronlein m'a écrit n'avoir jamais pratiqué de pneumectomies pour tuberculose. Les trois seuls faits de Tuffier, de Lowson et de Doyen qui ont trait à l'ablation, de propos délibéré, de noyaux tuberculeux ont donné trois guérisons durables. Ces tentatives n'ont pas été répétées par la majorité des chirurgiens,

qui appuient leur abstention sur l'idée théorique d'une diffusion primitive très étendue de la tuberculose pulmonaire au début et les difficultés pratiques du diagnostic.

La chirurgie des *cavernes tuberculeuses* n'a pas donné de bien brillants résultats, il est vrai qu'elle s'est adressée à des cas désespérés et dont les lésions étaient au-dessus de toutes les ressources de l'art. Suivant l'idée que s'est faite chaque opérateur des causes de l'extension de la tuberculose, une méthode opératoire a été proposée : l'évacuation pure et simple du foyer; la cautérisation des parois; la thoracoplastie avec ou sans pneumotomie. *L'incision de la caverne* avec ou sans résection costale est facile et paraît en elle-même bénigne, mais elle ne constitue qu'un moyen de drainage; elle permet le traitement de la paroi tuberculeuse active par la cautérisation ignée et les diverses substances employées dans le traitement des tuberculoses locales, qu'elles aient pour but la destruction de la paroi ou celle du bacille. Vingt-six opérations de ce genre ont été suivies de mort rapide dans 13 cas, soit 50 0/0, et quant au résultat définitif il a presque toujours été à peu près nul, sauf chez un des opérés de Sonnenburg. Chez tous les autres malades, la tuberculose a continué à évoluer après la pneumotomie, les cavernes ainsi ouvertes se sont rarement cicatrisées et c'est à peine si l'on peut compter une ou deux améliorations, que l'on se soit contenté d'une simple incision, suivie de drainage, ou que l'on ait cherché à agir sur la paroi de la caverne à l'aide d'antiseptiques ou de caustiques variés. Ces résultats peu encourageants, joints à cette notion générale que l'affaissement du thorax est un élément très important dans la cicatrisation des pertes de substance du poumon, ont fait proposer la résection costale, ou *thoracoplastie*, comme méthode de traitement de ces cavernes. Les rares opérations qui ont été faites jusqu'ici (3 cas) ne permettent pas de tirer de conclusions. C'est dans ce même but de réunion des parois de la caverne que la compression de la base correspondante du thorax a été proposée.

Ces moyens sont à l'essai, et leur valeur se dégagera des faits que vous publierez; mais il est nécessaire, pour établir scientifiquement les résultats, de les baser sur des indications opératoires précises dont les seules acceptables sont : pour l'exérèse complète, la limitation exacte des lésions; pour la pneumotomie, les accidents septiques de rétention; pour la thoracoplastie, la notion d'une paroi caverneuse deuse et fibreuse, passive, sans tendance à la cicatrisation.

Les *injections parenchymateuses* dans la tuberculose pulmonaire n'ont pas tenu ce qu'elles semblaient promettre, les résultats qu'elles ont donnés ont été jusqu'ici peu encourageants; et cependant tous les spécifiques tour à tour vantés dans le traitement de cette maladie ont été mis à contribution. Certaines *complications* de la tuberculose pulmonaire sont accessibles à la chirurgie, je laisse de côté les abcès ou les adénopathies de voisinage; les fistules tuberculeuses ou les pyopneumothorax, qui sortent du domaine de la chirurgie pulmonaire. La *gangrène* compliquant une caverne tuberculeuse deviendra une indication opératoire. Les *hémoptysies* incoercibles, que Chassaignac déjà voulait traiter par les injections d'air dans la plèvre, et pour lesquelles Cayley a proposé la création d'un pneumothorax complet, ne semblent pas avoir beaucoup profité de ce moyen; mais la résection costale supérieure a donné dans les quelques cas où elle a été employée des résultats satisfaisants : elle se propose d'affaisser un point déterminé du poumon qui est le siège même de l'hémorrhagie; elle semble appelée à devenir un procédé applicable à ces cas exceptionnels, auxquels je joindrais volontiers la résection du sommet pulmonaire si l'affection est au début et bien localisée.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'actinomycose humaine, particulièrement en France (1).

Par les Drs A. Poncet et L. Bérard

(Suite et fin.)

Le tissu dans lequel le parasite se fixe de préférence est le tissu conjonctif. Même dans les localisations intestinales, pleuro-pulmonaires, hépatiques, rénales, les lésions parenchymateuses cèdent toujours le pas aux lésions interstitielles qui les ont précédées. Et parmi les formations conjonctives elles-mêmes, *c'est le tissu cellulaire lâche qui est surtout envahi;* les aponévroses résistent plus que les vaisseaux et que les muscles, qui arrivent à un état de bouillie

(1) Rapport présenté à la 12e section (sciences médicales) de l'Association française pour l'Avancement des Sciences au Congrès de Saint-Etienne en 1897.

jaunâtre, comparable à de la peau de chamois macérée. Les localisations osseuses sont exceptionnelles à titre primitif. Longtemps l'os reste indemne sous son périoste infecté; et, quand il est envahi à son tour par le parasite, il est persillé, excavé sans réactions condensantes. Certaines lésions centrales, de même que les ostéo-sarcômes, peuvent boursoufler une portion de l'os et simuler, à s'y méprendre, une tumeur maligne : *actinomycome des os* (Bollinger, Ducor, Poncet). Il s'agit alors de l'actinomycose *à forme bovidée*, qui a été, jusqu'à présent, rarement observé chez l'homme.

Malgré l'opinion de Bollinger, l'actinomycose primitive des centres nerveux et des méninges reste encore à démontrer.

Quant à la répartition des foyers mycosiques suivant les différentes régions, elle est commandée par le mode même de la contagion, et, sur ce point, la plupart des statistiques concordent.

A l'étranger, Illich, Sokolow, Gudder, pour un total de plus de cinq cents cas, arrivent aux chiffres moyens suivants :

Tête et cou (y compris la cavité buccale et la langue), 55 0/0.

Les quatre cinquièmes des cas occupent la région des maxillaires ou temporo-maxillaires.

Poumons et thorax, 20 0/0.

Abdomen, 20 0/0 (Sokolow, 12 0/0, Gudder, 37 0/0).

Localisations diverses, 5 0/0.

En France, les soixante-six cas observés jusqu'à la fin de 1896, se divisent ainsi :

Face et cou........	53 cas....	85 0/0
Thorax et poumon..	8 —....	15 0/0
Intestin et abdomen.	3 —....	2 0/0
Membres..........	2 —....	4 0/0

Mais certainement, plusieurs faits d'actinomycose abdominale et surtout *appendiculo-cæcale*, qui est la localisation habituelle dans l'abdomen ont dû passer inaperçus, depuis que cette affection est à l'ordre du jour. Cette forme, en effet, reste longtemps torpide, ainsi que l'a fait remarquer Grill dans une étude, où il a réuni cent dix cas d'actinomycose de l'abdomen. Ainsi s'expliquent également les divergences d'appréciation entre Sokolow et Gudder.

Il faudrait un cadre plus vaste pour contenir, même résumés, les détails cliniques de chacune de ces localisations qui, heureusement, ont entre elles un air de parenté, propre à fixer l'attention, dès que les lésions sont visibles à l'extérieur. Tant qu'elles restent profondes par contre, elles évoluent avec des caractères d'une banalité telle, qu'on ne peut émettre sur leur nature que des suppositions. Le diagnostic d'actinomycose ne saurait être affirmé alors, que si l'on a la bonne fortune de constater des grains jaunes dans les produits d'excrétion (crachats, urines) des organes supposés atteints, ou ce qui est plus rare, dans les matières fécales (Zemann, Ransom). Lorsque, plus tard, les plans superficiels sont envahis, on a, pour se guider, des caractères généraux qui se succèdent dans l'ordre suivant : d'abord, une période de douleurs à peu près constantes et plus ou moins aiguës, diffuses comme la zone d'induration dans laquelle elles se produisent, puis des accidents inflammatoires plus ou moins nets, avec abcès, fistules, etc. Cette induration rapidement très marquée, et toujours accompagnée d'une tuméfaction notable, n'aboutit pas à la suppuration phlegmoneuse aiguë, à moins que des associations microbiennes ne soient en jeu. D'ordinaire, les parties molles, au début simplement œdématiées et indurées en masse, comme il adviendrait pour une tumeur un peu enflammée, changent ensuite de coloration par places, se boursouflent d'élevures, irrégulières, livides, de plus en plus ramollies, dont le contenu est enfin évacué après la formation de fistules, beaucoup plus souvent cutanées que muqueuses. Le liquide qui s'en écoule est séro-sanguinolent, il est mêlé de débris fongueux et de grains jaunes. S'agit-il d'un pus franc, on peut y trouver encore des grains en quantité, mais on ne doit pas oublier qu'ils peuvent manquer complètement, le champignon ayant disparu dans sa symbiose avec les microbes de la suppuration. Il en est de même pour les produits des très vieilles fistules.

A ces caractères généraux s'ajouteront, sans doute, dans l'avenir, des signes locaux de plus en plus précis, à mesure que l'on aura suivi plus attentivement et sur un plus grand nombre de cas, l'évolution de la maladie : telle cette *induration scléreuse de la langue*, qui a fait donner à l'affection chez les bovidés, le nom de : *langue de bois*, — tel aussi, pour l'actinomycose temporo-maxillaire, *le trismus serré, précoce, douloureux et persistant* que nous croyons des plus caractéristiques, — telle, pour l'actinomycose thoracique, *la coexistence de phénomènes pleuro-pulmonaires, avec des signes de médiastinite ou de tumeur du médiastin ayant envahi les parois de la cage thoracique*. Cette étude méthodique des

symptômes locaux s'impose; elle est d'ailleurs poursuivie, chez nous, depuis quelques années, dans des monographies déjà uombreuses; pour la peau, ou plutôt pour le tissu cellulaire sous-cutané, habituellement le premier envahi (Taburet, Dubreuilh et Sabrazès, Monestier, Ringeard), pour la région cervico-faciale (Poncet, Besse, Jirou, etc.), pour la langue (Bonnet, Claisse), pour les maxillaires (Poncet, Qnenet, Thollon, Rochet, Ducor), pour l'œsophage (Garde), pour le cæcum et l'appendice (Hinglais, Gangolphe), pour le poumon (Netter, Pic, Reboul, Naussac), pour les centres nerveux (Job).

La plupart de ces travaux ont eu pour point de départ des actinomycosiques observés dans notre clinique, et présentés, après vérification microscopique dn parasite (Dor) soit à la Société de Médecine, soit à la Société des Sciences médicales (voir *Lyon médical* depuis 1892). C'est avec la précieuse collaboration de notre chef de laboratoire, le Dr L. Dor, qu'ils ont été menés à bien. Ses recherches expérimentales et microbiologiques (Dor, Bérard) nous ont fourni, en outre, des données fort intéressantes, sur les mycoses dans la pathologie humaine.

Mais, en définitive, si ces éléments plus précis d'un diagnostic clinique, peuvent servir à différencier l'actinomycose, des tumeurs et des inflammations chroniques qu'elle simule, la tuberculose et la syphilis en premier lieu, le seul criterium continuera probablement à résider dans l'examen microscopique du grain jaune. La simple constatation de ce grain ne saurait plus, en effet, snffire pour être affirmatif. Il est probable que beaucoup de champignons parasites affectent dans les tissus la disposition en granulations et, après le pied de Madura, on a pu décrire plusieurs *pseudo-actinomycoses à grains jaunes*. L'an dernier, uous avons observé avec Dor, chez trois malades de la clinique, une de ces formes, caractérisée par les dimensions considérables des grains et par la disposition du mycélium en long chevelu, sans massues. (A. Poncet, *Des pseuso-actinomycoses*, Congrès français de Chirurgie, 1896, et Guignot, thèse de Lyon, 1896.)

Le traitement ioduré lui-même, considéré depuis Thomassen comme pierre de touche et comme remède spécifique, ne peut pas toujours servir au diagnostic. D'une part, il risque de faire confondre avec la syphilis les actinomycoses qu'il guérit, et, d'autre part, il est parfois impuissant, comme uous nous en sommes maintes fois reudu compte vis-à-vis de certaines actinomycoses, particulièremeut malignes par la résistance plus grande du champignon, ou la réceptivité plus considérable du sujet infecté.

Ces variations de virulence expliqnent déjà les différences de gravité, mais le pronostic est plus encore subordonné à la localisation même de la lésion et à la présence ou à l'absence d'infections secondaires. C'est ainsi qu'en principe, un foyer profond ou voisin des centres nerveux est toujous dangereux en raison de l'envahissement possible de viscères essentiels. *La mortalité, réduite à 3 0/0 dans les formes cutanées, s'élève à 70 0/0 dans les localisations abdominales, à 83 0/0 dans le poumon et à près de 100 0/0 pour le cerveau.*

Il est donc urgent de dépister de bonne heure le parasite et de le rechercher, de parti pris, dans tous les produits d'excrétion ou de suppuration suspects. Dès que sa préseuce sera constatée, on plutôt dès qu'on aura de fortes raisons de la supposer, l'iodure sera administré, suivant les mêmes règles, que chez les syphilitiques. Il ne faut pas toutefois se faire d'illusions sur l'efficacité de ce médicament. Il ne sera souvent qn'un adjuvant utile au traitement chirurgical : débridement, grattage, cautérisations modificatrices, ablation, etc., absolument indiqné, toutes les fois que le foyer sera accessible à l'opérateur.

Cette notice qui est une vue d'ensemble sur l'actinomycose humaine, une sorte d'introduction à l'étude de cette maladie dans notre pays, a été rédigée avec des docnments personnels et surtout lyonnais. Nous avons relaté tous les cas publiés en France, et à en juger par leur uombre, qui dépasse déjà le chiffre de *soixante-dix* (1), il n'est pas douteux que l'actinomycose s'y trouve aussi fréquente que dans les pays voisins.

(1) Depuis l'article de la *Gazette des Hôpitaux* (février-mars 1896) sur *l'Actinomycose humaine*, article qui est accompagné d'une bibliographie tres complète, diverses observations françaises ont été publiées, et parmi les travaux lyonnais, nous devons citer les thèses suivantes :

Naussac : *De l'actinomycose pulmonaire*. Th. de Lyon, 1896.

Garde : *De l'actinomycose œsophagienne*. Id.

Job : *De l'actinomycose des centres nerveux*. Id.

Thollon : *Du sarcôme actinomycosique (actinomycose néoplasique)*. Id.

Rouffiandis : *Sur une dermite perlée, non décrite, à allure clinique d'actinomycose*. Id.

Guignot : *Des pseudo-actinomycoses (nouvelle mycose à grains jaunes)*. Id.

Hinglais : *Essai sur l'actinomycose appendiculo-cæcale (appendicite et typhlite actinomycosique)*. Id.

Bonnnet : *De l'actinomycose de la langue*. Id.

Demias : *De l'actinomycose animale, en particulier dans la région lyonnaise*. Id.

Comme nous l'avons dit bien souvent, et en particulier à l'Académie de Médecine, dans diverses communications, *il suffit de rechercher l'actinomycose pour la trouver.* De telles recherches s'imposent systématiquement, car la maladie est, dans l'espèce humaine, *commune et redoutable.*

PATHOLOGIE & THÉRAPEUTIQUE

Sur la sérothérapie du tétanos (1)

(*Etudes expérimentales et cliniques*)

Par Ed. Nocard.

I. — Traitement du tétanos confirmé.

A la fin de l'année 1895 (2), j'ai rendu compte à l'Académie de Médecine des premiers résultats que m'avait donnés la sérothérapie du tétanos chez le cheval. Employé à titre préventif, le sérum antitoxique avait merveilleusement réussi; appliqué au traitement du tétanos déclaré, il avait presque toujours échoué, même quand le sérum avait été injecté à haute dose, presque aussitôt après l'apparition des premiers symptômes de la maladie; tous les cas aigus avaient été fatalement mortels; les guérisons obtenues concernaient uniquement des cas de tétanos chronique, affectant d'emblée une marche lente; ceux-ci auraient guéri sans doute sans l'emploi du sérum.

C'est que le tétanos n'apparaît que plusieurs jours après l'absorption du poison tétanique; au cours de cette longue incubation, la toxine absorbée a eu tout le temps d'exercer sur les cellules l'action qui lui est propre et d'où procèdent les manifestations tétaniques; si donc la dose de toxine absorbée est suffisante pour entraîner la mort, rien ne peut enrayer les effets de l'intoxication qui s'est effectuée silencieusement depuis déjà plusieurs jours; les malades traités, même par des doses massives de sérum, meurent tout comme ceux qui n'ont reçu aucun traitement.

A l'appui de cette interprétation, je produisais des expériences qui semblaient en montrer le bien fondé.

Il y a quelques mois, la *Deuts. Med. Wochenschr.*, 1896, n° 43, insérait une note annonçant que la maison Meister Lucius et Brüning, de Höchst-sur-Main, tenait à la disposition des médecins et des vétérinaires un sérum préparé par MM. Behring et Knorr, au moyen duquel il était possible de guérir le tétanos confirmé, chez l'homme et chez le cheval. — Ce sérum est délivré à l'état sec; la dose curative est de cinq grammes; pour l'emploi, il faut dissoudre les 5 grammes de sérum sec dans 45 grammes d'eau stérilisée, chauffée à 40 degrés, et la solution doit être injectée en une seule fois; pour le cheval, il vaut mieux faire l'injection dans les veines: le sérum agit ainsi plus complètement et plus vite; on gagne vingt-quatre heures sur l'injection sous cutanée. Pour l'homme aussi, l'injection intra-veineuse est préférable. « Si l'on fait l'injection sous la peau, on ne peut compter sur le succès, dans les cas aigus, que si l'on intervient dans les trente-six premières heures après l'éclosion du tétanos. Aussi ce remède doit-il être gardé en provision dans les hôpitaux et les instituts vétérinaires. La fabrique vend la dose curative au prix de 30 marks (37 fr. 50), prix très modéré, étant donné l'efficacité du produit et les grands frais de la fabrication. » (*Sic.*)

Depuis la publication de la *Deuts. Med. Wochenschr.*, les journaux vétérinaires allemands ont rapporté un certain nombre d'observations concernant les chevaux tétaniques traités par l'antitoxine de Höchst. Le nombre des succès obtenus n'atteint pas la moitié des cas traités; encore ne connaît-on pas tous les insuccès; je sais, par exemple, qu'à l'Institut vétérinaire de Buda-Pest trois chevaux tétaniques ont été traités qui sont morts tous trois. Mon collègue d'Alfort, M. Cadiot, n'a pas été plus heureux, dans deux cas où la maladie ne semblait cependant pas exceptionnellement grave.

Les résultats de la pratique ne semblent donc pas confirmer les prévisions de la *Deuts. Med. Wochenschr.* Je sais bien que les conditions de la pratique ne permettent guère de porter un jugement en pareille matière. Le plus souvent, le vétérinaire est consulté tardivement, plusieurs jours après l'apparition des premiers symptômes; l'insuccès du traitement peut provenir de ce retard dans l'intervention; — d'autre part, quand le cheval tétanique guérit après l'injection de sérum, qui pourrait dire qu'il n'eût pas guéri sans elle? D'un côté comme de l'autre, on n'a que des probabilités; la certitude fait défaut; tout ce que permet de dire l'étude attentive des observations publiées, c'est qu'en promettant le succès « quand l'injection sera faite dans les trente-six heures qui suivent l'apparition du tétanos », l'auteur de la note de la *Deuts. Med. Wochenschr.* s'est beaucoup trop avancé; il suffit, pour s'en convaincre, de lire l'observation qu'a publiée le professeur Fröhner (de Berlin) (*Monatsh. f. Thierh.*. 1897, p. 298), et qu'on peut résumer ainsi : « Un cheval en traitement dans son service est pris d'un léger trismus le 29 janvier; trois heures après l'apparition des premiers symptômes, on lui injecte dans la jugulaire 5 grammes d'antitoxine sèche de Höchst, dissous dans 45 grammes d'eau bouillie. Le 30, le trismus s'est accru; nouvelle injection de 5 grammes d'antitoxine. Le 31, état très grave, tétanos généralisé; troisième injection de 5 grammes d'antitoxine; mort pendant la nuit. »

A cette observation, on ne peut objecter ni retard dans

(1) Extrait du *Recueil de Médecine vétérinaire*, n° 15, 15 août 1897.

(2) *Bulletin de l'Académie*, séance du 22 octobre 1895.

l'intervention, ni insuffisance de la dose d'antitoxine injectée; l'animal a reçu trois fois « la dose curative » de sérum sec, et la première injection a été faite trois heures après l'apparition des premiers symptômes; on ne peut guère espérer dans la pratique, des conditions plus favorables; le malade n'en a pas moins succombé.

Peut-être Fröbner s'est il trouvé en présence d'un cas d'une gravité exceptionnelle?

La vérité est que l'observation clinique est insuffisante pour résoudre le problème; il faudrait un nombre considérable de faits, observés dans des conditions identiques. Encore devrait-on tenir compte de la contrée où le tétanos s'est produit; de la nature du traumatisme qui l'a provoqué; de la durée de l'incubation, etc., toutes conditions ayant une grande influence sur la gravité, la marche et la terminaison de la maladie.

En réalité, c'est seulement par l'expérimentation qu'on peut établir la réelle valeur d'un traitement curatif du tétanos.

C'est ce que je me suis efforcé de faire dans une série d'expériences très simples, qui ont consisté essentiellement à injecter à plusieurs chevaux une dose de toxine tétanique suffisante pour tuer fatalement tous les chevaux inoculés; puis, certains de ces chevaux étant conservés comme témoins, les autres étaient traités suivant les indications de la *Deuts. Med. Wochensch.*

La toxine tétanique dont je me suis servi est préparée par M. Marie, au laboratoire de M. Metchnikoff; elle est à l'état pulvérulent; on la conserve dans le vide, à l'abri de la lumière et de la chaleur; elle a gardé toute son activité depuis plus d'une année. Cette toxine tue les petites souris à la dose de un dix-millième de milligramme; à cette dose, elle donne le tétanos aux grosses souris, mais il faut aller jusqu'au millième de milligramme pour être sûr de les tuer toutes. Les cobayes de 500 grammes meurent tétaniques quand ils reçoivent un centième de milligramme de la même toxine.

Dans une première série d'expériences qui a porté sur seize chevaux, j'ai déterminé quelle dose minima de cette toxine il faut injecter au cheval pour être sûr de le tuer. Pour des chevaux pesant de 430 à 480 kilogrammes, la dose minima toujours mortelle est de 6 milligrammes; les chevaux qui n'en reçoivent que 5 milligrammes résistent dans la proportion de 1 sur 3 et, dans une expérience, de 1 sur 2. En général, c'est après une incubation de 6 jours pleins que les premiers symptômes apparaissent; chez quelques sujets, ils se montrent après 5 jours; chez quelques autres, seulement après 7 jours d'incubation. La durée de la maladie varie de 2 à 7 jours; ce sont les chevaux hongrois ou galiciens qui sont pris le plus tôt et meurent le plus vite; les normands et les danois sont un peu plus résistants.

La dose minima de toxine, toujours mortelle pour le cheval, une fois connue, il devenait facile d'établir la valeur curative exacte du sérum sec de Höchst. La seule difficulté consistait dans le prix élevé de ce produit; je rappelais tout à l'heure qu'au début, la fabrique de Höchst demandait 30 marks (37 fr. 50) de chaque dose curative de sérum sec; or, quand nous avons voulu nous procurer un certain nombre de flacons de ce sérum, on a émis la prétention de nous faire payer le double (60 marks, ou 75 fr) la dose curative de 5 grammes de sérum sec. La dépense excédait les ressources de mon budget.

J'ai tourné la difficulté en remplaçant, dans la plupart de mes expériences, le sérum de Höchst par une dose équivalente du sérum préparé à l'Institut Pasteur; il a donc fallu tout d'abord établir la valeur relative de ces deux sérums. M. Metchnikoff a bien voulu se charger de cette délicate opération; à diverses reprises, il a expérimenté parallèlement un sérum sec délivré par la fabrique de Höchst le 11 décembre 1896 et un sérum sec préparé à l'Institut Pasteur au mois de février 1897 et fourni par le cheval n° 4. Dans toutes ces expériences, ces deux sérums ont montré une activité sensiblement égale; à la dose de 0 gr. 000,000,000,1 (un dix-billionième de gramme), les deux sérums préservent la souris d'une dose de toxine dix fois supérieure à la dose mortelle et cent fois supérieure à la dose tétanigène. Le sérum de l'Institut Pasteur s'est montré un peu plus actif que celui de Höchst, car, dans les dernières expériences, plusieurs des souris traitées par le sérum de Höchst ont eu du tétanos du membre inoculé, alors que toutes celles traitées par l'autre sérum restaient indemnes.

Le sérum de l'Institut Pasteur ayant une activité au moins égale à celle du sérum de Höchst, il m'a été possible de multiplier les expériences (1).

Expérience. — Le 14 mars 1897, à dix heures, on me présente quatre chevaux qui ont reçu, le 9 mars précédent, sous la peau de l'encolure, 6 milligrammes de toxine sèche de l'Institut Pasteur.

L'un d'eux, n° 60738, est manifestement tétanique; le matin, à sept heures, on l'a trouvé la queue relevée, l'encolure rigide; il tourne tout d'une pièce. *Ce cheval servira de témoin.*

Les trois autres (n°s 52824, 45465 et 57624) ne présentaient absolument rien d'anormal, le matin, à sept heures, quand on a pénétré dans l'écurie. A dix heures, je les fais sortir pour les examiner à l'aise; ils ont la démarche un peu raide; je les considère comme déjà malades et je leur injecte dans la jugulaire : au premier, 10 grammes de sérum sec de l'Institut Pasteur, dissous dans de l'eau tiède et représentant 100 centimètres cubes de sérum liquide; à chacun des deux autres, 100 centimètres cubes de sérum liquide.

(1) Ces expériences ont porté sur trente-trois chevaux réformés de la Compagnie générale des voitures; ces chevaux ont été mis gracieusement à ma disposition par M. Bixio, je lui en exprime toute ma reconnaissance.

Le 15 mars, les quatre animaux sont très mal; ils ont les membres raides comme des poteaux; trismus très accusé; appétit nul.

Le témoin et les nos 52824 et 45465 sont tombés sur la litière, le 16 au soir, en tétanos généralisé; ils ont succombé pendant la nuit.

Chez le n° 57624, le tétanos a évolué moins vite; il ne s'est généralisé que le 17 mars; le cheval est tombé le 18 au soir; on l'a trouvé mort le 19, au matin.

Ainsi donc, l'injection intraveineuse de sérum antitétanique, pratiquée dès l'apparition des prodrômes du tétanos, est impuissante à enrayer la marche fatalement progressive, même quand la dose injectée est le double de celle indiquée comme curative.

***

Les résultats sont identiques lorsqu'on injecte l'antitoxine sèche de la fabrique de Höchst.

Expérience. — Le 28 avril, à quatre heures et demie du soir, j'injecte 6 milligrammes de toxine sèche, sous la peau de l'encolure des trois chevaux danois nos 43480, 48993 et 52663.

Le 4 mai, à huit heures du matin, aucun des trois chevaux ne paraît malade; on les sort pour mieux en juger; ils sont gais, vigoureux, souples dans tous leurs mouvements.

On les sort de nouveau à deux heures de l'après-midi, sans rien observer d'anormal.

A cinq heures du soir, on les sort pour la troisième fois; le n° 48993 paraît un peu raide de l'encolure et des reins; l'œil est brillant et plus saillant; le piqueur affirme que l'animal est pris; il y a juste six fois vingt-quatre heures qu'il est inoculé. Je lui injecte aussitôt dans la jugulaire 5 grammes de sérum sec de Höchst (du 11 décembre 1896).

Les deux autres chevaux examinés avec soin ne présentent encore rien d'anormal.

Le 5 mai, à six heures du matin, les deux chevaux non traités ne présentent aucun signe de tétanos. A dix heures on les examine à nouveau et l'on constate que le n° 43480 est un peu raide dans sa démarche. Je lui injecte aussitôt, dans la jugulaire, 5 grammes de sérum sec de Höchst (du 11 décembre 1896) dissous dans 45 grammes d'eau stérilisée.

Le 7 mai, le n° 52663, *laissé comme témoin*, est manifestement pris.

Le 7 mai, les trois chevaux ont du tétanos généralisé : ventre rétracté, encolure incurvée; ils marchent comme sur des poteaux; ils mangent pourtant encore un peu.

Le 8 et le 9, tout s'aggrave; trismus invincible; impossibilité absolue de prendre des aliments.

Le 10 mai, les trois chevaux sont encore debout, mais dans quel état misérable ! fichés sur les membres écartés et raides comme des poteaux; tous les muscles contracturés; les naseaux dilatés à l'excès; la tête étendue sur l'encolure violemment tordue !

A cinq heures, le n° 43480 (l'un des traités) tombe sur le sol, les membres raides comme des barres de fer, râlant; il meurt dans la soirée.

Le n° 52663 (*témoin*) tombe et meurt le 12 mai.

Le dernier meurt dans la nuit du 12 au 13.

***

On n'obtient pas de meilleurs résultats, alors même que l'injection du sérum antitoxique est pratiquée vingt-quatre heures avant l'apparition des premiers symptômes.

Expérience. — Le 6 mars, à dix heures et demie, j'injecte sous la peau de l'encolure, 6 milligrammes de toxine sèche, aux cinq chevaux nos 42153, 45550, 49645, 54407 et 55718.

Le 14 mars, à dix heures, aucun de ces chevaux, examinés individuellement et de très près, ne présente le moindre symptôme pouvant faire songer au tétanos. Aux trois premiers, j'injecte dans la jugulaire 100 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur (fourni le 15 février par le cheval n° 4); les deux derniers chevaux sont conservés comme témoins.

Le 15 mars au matin, les cinq chevaux présentent quelques symptômes suspects : c'est à peine si, à l'écurie, on note un peu de redressement de la queue; il faut les faire sortir pour constater un peu de raideur de l'encolure et des membres. Le 16, le tétanos est très net chez tous les animaux; toutefois ils mangent encore. Le 17, contractures généralisées; queue redressée; encolure incurvée; naseaux dilatés; la préhension des aliments est presque impossible. Le 18, l'état de tous les chevaux s'est encore aggravé : vers dix heures du matin, l'un des traités (n° 42153) tombe, râlant et se débattant; il meurt le soir même; l'un des témoins (n° 54407) meurt le 19 à quatre heures du matin; l'autre le soir vers cinq heures; les deux autres chevaux traités tombent le 20 et meurent dans la soirée.

Ainsi donc l'injection intraveineuse d'une dose considérable de sérum antitoxique est impuissante à enrayer l'évolution du tétanos provoqué par une dose de toxine toujours mortelle pour les témoins, même quand cette injection est pratiquée vingt-quatres heures avant l'apparition des premiers symptômes.

Si l'on intervient quarante-huit heures avant, on a beaucoup de chances de sauver le patient; parfois même on évite l'apparition de tout symptôme tétanique, mais il faut injecter de fortes doses de sérum et faire l'injection dans les veines.

Expériences. — 1° Le 24 février 1897, j'injecte 6 milligrammes de toxine sèche sous la peau de l'encolure des chevaux nos 46214 et 49344.

Le 28 février, j'injecte *dans la jugulaire* du premier, 100 centimètres cubes de sérum de l'Institut Pasteur (fourni le 15 février par le cheval immunisé n° 4).

L'autre cheval inoculé est gardé comme témoin.

Le 2 mars à midi, le *témoin* est manifestement pris; il a la queue relevée; il est raide de l'encolure et des reins.

Le 3 mars, tétanos généralisé: ventre rétracté; membres raides comme des poteaux; naseaux dilatés à l'excès; tête étendue sur l'encolure contracturée. Il meurt pendant la nuit.

Le cheval traité n'a jamais présenté le moindre symptôme tétanique.

2° Le 9 mars, un cheval danois (n° 54096) reçoit, sous la peau, en même temps que treize autres chevaux, 6 milligrammes de toxine.

Le 13, je lui injecte, *sous la peau*, 60 grammes de sérum de l'Institut Pasteur (du 15 février, cheval immunisé n° 4). Deux autres chevaux danois (nos 54407 et 55178) laissés comme témoins, n'ont été pris que le 15 mars: le traitement a donc précédé de quarante-huit heures l'éclosion du tétanos. Néanmoins, dès le 16, l'animal traité était nettement tétanique; le 18, le tétanos était généralisé; la mort survenait le 21 mars, deux jours après celle des témoins.

La dose de sérum injectée eût été sans doute insuffisante pour sauver l'animal si l'injection avait été faite dans la jugulaire au lieu de l'être sous la peau.

Une dernière série d'expériences montre bien la haute valeur préventive du sérum antitoxique : une très faible dose suffit à empêcher l'apparition du tétanos, quand l'injection est faite, même sous la peau, peu de temps après que l'animal a reçu la dose de toxine toujours mortelle pour les témoins.

Expérience. — Le 9 mars, à dix heures du matin, j'injecte sous la peau de l'encolure de quatorze chevaux, 6 milligrammes de toxine; de ces chevaux, trois non traités et servant de témoins sont devenus tétaniques, l'un (hongrois), le 14 mars, les deux autres (danois), le 14 mars. Sept autres, traités soit au moment de l'apparition des premiers symptômes, soit vingt-quatre ou quarante-huit heures auparavant, on tous contracté un tétanos mortel.

Les quatre derniers ont résisté, grâce à un traitement moins tardif.

Le n° 46443 (normand) a reçu sous la peau 20 centimètres cubes de sérum de l'Institut Pasteur, une heure après l'inoculation de toxine; il n'a jamais présenté le moindre symptôme de tétanos.

Le n° 49298 (normand) a reçu sous la peau 20 centimètres cubes du même sérum vingt-quatre heures après l'injection de toxine; celui-ci non plus n'a jamais paru malade.

Le n° 54378 (danois) a reçu sous la peau 30 centimètres cubes de sérum quarante-huit heures après la toxine; un peu de raideur et d'incurvation de l'encolure se sont montrées le 19 mars et ont persisté pendant une quinzaine de jours; mais l'animal a toujours conservé l'appétit, la gaieté et la souplesse de ses membres; il n'a jamais paru sérieusement menacé; la guérison complète est survenue rapidement.

Le n° 60277 (hongrois) a reçu sous la peau, le 12 mars, — trois jours pleins après l'injection de toxine, — 40 centimètres cubes de sérum; le 14 mars au matin, il était manifestement tétanique; le même jour, à 10 heures, je lui injecte dans la jugulaire 75 centimètres cubes de sérum; jusqu'au 25 mars, la maladie s'est sans cesse aggravée; puis les symptômes se sont amendés peu à peu, au point que, le 4 avril, tout était à peu près rentré dans l'ordre, sauf une forte incurvation de l'encolure, du côté où la toxine a été injectée.

Si l'on considère l'extrême sévérité de cette expérience, — la dose de toxine, toujours mortelle pour les témoins, ayant été injectée d'un seul coup et absorbée immédiatement, — on peut affirmer que, dans la pratique, on aurait beaucoup de chance d'enrayer l'évolution du tétanos ou de l'empêcher d'apparaître, en intervenant même plusieurs jours après le traumatisme. Mais il faut bien savoir que, plus l'intervention est tardive, plus la dose de sérum à injecter doit être considérable.

* * *

De cette longue étude expérimentale, je me crois en droit de conclure, comme je le faisais en 1895, que le traitement curatif du tétanos est encore à trouver.

Cela ne veut pas dire qu'il faille renoncer à l'emploi du sérum antitoxique dans le traitement du tétanos confirmé !

Bien au contraire ! c'est ma conviction profonde que l'injection de sérum est le meilleur mode de traitement auquel on puisse avoir recours. En effet, tous ceux de mes correspondants qui ont traité des chevaux tétaniques par des injections de sérum s'en déclarent très satisfaits, non pas que le nombre des guérisons obtenues ait été plus élevé, mais les crises ont été moins nombreuses et moins intenses et, quand la guérison est survenue, la convalescence a été beaucoup moins longue.

D'autre part, il arrive souvent que le traumatisme d'où procède le tétanos échappe à toutes les recherches; on ne peut faire alors « l'éradication du foyer » si justement conseillée par M. Berger; l'élaboration des toxines s'y continue, augmentant ainsi sans cesse l'intoxication tétanique; c'est surtout dans ces cas-là que le sérum sera utile; impuissant contre les toxines déjà absorbées au moment où le traitement commence, il pourra détruire, à mesure de leur formation, les toxines que le foyer méconnu continuerait à produire.

Malheureusement, ces cas sont les plus rares et, le plus souvent, l'emploi du sérum antitoxique n'empêche pas le tétanos d'effectuer son évolution si fréquemment mortelle. S'il faut donc continuer à employer le sérum dans le traitement du tétanos déclaré, celui qui compterait guérir la majorité de ses malades s'exposerait à de cruelles déceptions. Aujourd'hui, comme hier, la prudence la plus élémentaire impose l'injection préventive du sérum dans tous les genres de traumatisme que l'on sait être fréquemment suivis de tétanos.

La pratique des vétérinaires montre l'excellence de cette méthode. Les résultats obtenus depuis 1895 confirment entièrement ceux que j'ai déjà signalés.

Si l'Académie vent bien me conserver la parole à la prochaine séance, je montrerai quels services la sérothérapie préventive du tétanos a déjà rendus aux vétérinaires et aux agriculteurs.

(*A suivre.*)

LES LIVRES

Les tumeurs cérébrales, par le Dr Maurice Auvray, prosecteur de la Faculté de médecine. — Paris, 1896, J.-B. Baillière et fils.

Après avoir exposé brièvement l'état actuel de la science sur les localisations cérébrales et après avoir énuméré, sans insister sur leurs caractères histologiques, les diverses variétés de tumeurs qui peuvent siéger dans la substance nerveuse elle-même, l'auteur fait une étude approfondie des symptômes et du diagnostic des tumeurs cérébrales. Il insiste particulièrement sur la symptomatologie des tumeurs occupant certaines régions du cerveau et qui ont été peu étudiées jusqu'à ce jour (tumeur de la glande pituitaire, du corps calleux, du centre ovale, des noyaux gris centraux, du cervelet, et des tubercules quadrijumeaux). Il montre combien est difficile le diagnostic de la localisation, qui joue cependant un rôle si important dans la chirurgie des tumeurs cérébrales, et insiste longuement sur les erreurs rendues possibles par les phénomènes à distance, dont il faut tenir si grand compte dans les affections du système nerveux.

M Auvray discute longuement les indications opératoires et se prononce nettement en faveur de la trépanation, à laquelle on doit recourir dans la très grande majorité des cas, et qu'il divise en trépanation curative, applicable aux cas où la tumeur peut être enlevée, et en trépanation palliative, qui a pour but seulement de remédier aux symptômes de compression intra-crânienne, si pénibles pour les malades.

Il aborde ensuite la technique des opérations, qu'il est allé étudier spécialement à Londres dans le service d'Horsley. A juste titre, il insiste fort peu sur les méthodes de cranio-topographie, auxquelles il n'attache qu'une importance relative, étant donnée la nécessité des larges ouvertures crâniennes; il conseille les opérations hâtives et la pratique des opérations en deux temps. Enfin, il préconise l'ouverture de la boîte crânienne par un procédé qu'il a expérimenté sur le cadavre, qu'Horsley a récemment employé, et qui consiste à opérer à l'aide d'une scie ordinaire à amputation.

L'ouvrage se termine par une statistique, dans laquelle se trouvent signalés tous les cas opérés jusqu'à nos jours, soit de tumeurs cérébrales, soit de tumeurs cérébelleuses.

L'auteur insiste particulièrement sur les suites éloignées d'un certain nombre d'interventions sur lesquelles il a pu se procurer des renseignements récents et indique, dans certains d'entre eux, des résultats très remarquables.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

VARIA

Association française de Chirurgie.

XIe Congrès 18-23 *octobre* 1896.

Le XIe Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 18 octobre 1897, sous la présidence de M. le docteur Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès.

1° *Des contusions de l'abdomen*, M. Demons, de Bordeaux, rapporteur.

2° *Indications opératoires et traitement du cancer du rectum*, MM. Quénu et Hartmann, de Paris, rapporteurs.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général, M. Lucien Picqué, rue de l'Isly, 8, Paris.

Monsieur le docteur P. Gires est chargé, par arrêté ministériel du 31 juillet, d'une mission aux Etats-Unis d'Amérique, à l'effet d'y étudier le fonctionnement des écoles dentaires.

CHEMIN DE FER D'ORLEANS

Billets d'aller et retour à prix réduits pour Royat et Laqueuille.

Pendant la saison thermale, du 1er juin au 30 septembre, la Compagnie d'Orléans délivre à toutes les gares de son réseau : 1° Pour la station de Laqueuille desservant les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule; 2° Pour la station de Royat, des billets aller et retour à prix réduits dont la durée de validité est de dix jours, non compris les jours de départ et d'arrivée. Cette durée peut être prolongée de cinq jours, moyennant paiement d'un supplément de 10 0/0 du prix du billet.

Les voyageurs peuvent obtenir des billets d'aller et retour réduits de 25 0/0 de Laqueuille pour le Mont-Dore et La Bourboule.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 35 28 Aout 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : **Dr Pierre SEBILEAU.**

TRAVAUX ORIGINAUX

Chirurgie du poumon, en particulier dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène pulmonaire.

Résumé et conclusions du Rapport présenté au Congrès de Moscou par M. Tuffier.

(Suite et fin.)

LÉSIONS SEPTIQUES

Les *suppurations pulmonaires* forment un groupe presque homogène par leur processus anatomique et leurs indications opératoires. Quelle que soit la variété d'altération, la septicémie commande l'intervention chirurgicale; l'évacuation large et le drainage sont le but thérapeutique. Nous serions donc tentés de décrire sous un même chef : les *suppurations pulmonaires*, comme on a décrit les suppurations pelviennes. Mais à côté des grands traits qui les relient, il existe entre elles de si nombreuses différences, qu'il est nécessaire d'établir des variétés. D'ailleurs l'expérience n'est-elle pas là pour montrer quelle confusion de faits a créé ce terme de suppurations pelviennes, et combien les indications opératoires sont devenues plus précises depuis l'édification d'un cadre nosologique distinct pour chaque variété anatomique? Sans doute, il existe des faits complexes, difficiles à classer, relevant à la fois de deux groupes; mais si, sur ce point, ma tâche n'est pas remplie, ne nous en prenons qu'à la difficulté générale de toutes les classifications, et un peu à nous-mêmes dont les observations sont trop souvent incomplètes. J'envisagerai donc les *suppurations simples*, aiguës et chroniques, *abcès*, *bronchiectasies*, la *gangrène* et l'*actinomycose* (1).

Abcès du poumon. — La fréquence des opérations pour *abcès pulmonaires* (49 cas), opposée à l'extrême rareté de la constatation anatomo-pathologique de ces abcès, semble prouver que nombre des interventions ont été dirigées contre des foyers de *pleurésie purulente enkystée ;* certains faits même sont étiquetés par le même auteur tantôt pleurésie interlobaire, tantôt abcès pulmonaire. Beaucoup de suppurations dont la nature et l'étiologie n'ont pas été suffisamment étudiées, viennent encore grossir le chiffre de ces opérations et en expliquer le nombre. Il faudrait réserver ce nom d'abcès aux collections purulentes creusées dans le parenchyme pulmonaire; ils ne seraient alors que la complication de lymphangites et d'embolies.

Les résultats thérapeutiques bénéficient dans ces cas de la confusion des termes. La collection est unique, l'état général, au moment de l'opération, est relativement satisfaisant, les adhérences sont la règle; l'état du poumon, normal dans le reste de son étendue, lui permet de combler rapidement la perte de substance; les parois mêmes de la collection, dans les cas aigus, sont molles et se prêtent à l'ampliation pulmonaire; le diagnostic de nature et de siège est posé : dans de telles conditions, la pneumotomie donne 23,8 0/0 de mortalité opératoire. Quant à la

(1) L'intervention chirurgicale dans l'actinomycose doit toujours céder le pas au traitement médical par l'iodure de potassium. Jusqu'à présent la chirurgie pulmonaire n'est représentée dans cette affection que par la seule observation de pneumotomie pratiquée par Reboul (voyez Naussac, Th. de Lyon, 1896 : *De l'actinomycose pulmonaire*). Nous ne saurions édifier des conclusions sur ce seul fait.

guérison, elle est complète et rapido (de douze jours à six semaines) dans les cas aigus opérés de bonne heure. Mais les collections purulentes déjà anciennes demandont quatre, cinq, six, sept et huit mois pour arriver à cicatrisation.

Bronchiectasies. — Les conditions sont tout autres dans les *bronchiectasies* et les résultats sont également très différents. Le diagnostic exact est beaucoup plus difficilement établi : je veux parler ici du diagnostic de la variété de dilatation bronchique. La dilatation ampullaire *sacciforme*, qui est la plus justiciable de la chirurgie, peut être simulée par un groupe de cavernules moniliformes réunies en un point du poumon. Ni l'auscultation, ni la percussion, ni le mode, ni la quantité d'expectoration, ni même la ponction, négative dans la moitié des cas, ne permettent un diagnostic précis. L'incision pulmonaire elle-même peut passer à côté des lésions ou même au milieu des dilatations bronchiques sans les faire constater. Joignez à ces difficultés diagnostiques la présence presque constante de foyers multiples quelquefois bilatéraux, la généralisation possible de ces ectasies, l'absence d'adhérences pleurales, la difficulté de cicatrisation de ces tissus fibroïdes, le tout chez un sujet souvent âgé, scléreux, infecté depuis longtemps, et vous comprendrez combien le pronostic sera sombre, et combien la chirurgie devra être réservée dans l'attaque de cette affection. L'*indication opératoire*, dans nos 45 observations, a été constituée par la septicémie subaiguë on chronique chez des sujets porteurs de lésions diagnostiquées unilatérales et rebelles à tout traitement médical. La pneumotomie a donné 10 morts opératoires sur 38 cas. La mort est due, en général, à des complications viscérales (dégénérescences amyloïdes, abcès du cerveau) ou à la bilatéralité des lésions. Les résultats opératoires sont très différents cependant suivant qu'il s'agit de bronchiectasies sacciformes on ampullaires. Mais il faut s'attendre dans ces cas à voir une fistule persister pendant de longs mois.

Bronchiectasies sacciformes....		Guérisons	14	15
		Mort.....	1	
Bronchiectasies ampullaires multiples unilatérales.......	avec une cavité prédominante ..	Guérisons	15	21
		Morts....	6	
	pas de grande cavité..........	Guérison.	1	3
		Morts....	2	
Bronchiectasies ampullaires multiples bilatérales.......	avec une grande cavité.........	Guérison.	0	4
		Mor's....	4	
	pas de grande cavité..........	Guérison.	1	1
		Mort.....	0	
Bronchiectasies consécutives à la présence de corps étrangers..........		Guérison.	1	3
		Morts....	2	

Les *résultats thérapeutiques* sont peu encourageants si l'on envisage la possibilité d'une guérison absolue, et c'est à peine si l'on peut en citer 7 cas, mais si l'on considère que dans presque tous les cas la pneumotomie et le drainage ont amené une grande diminution dans l'expectoration, la suppression des vomiques quotidiennes, et surtout de la fétidité des crachats, on se convaincra facilement de l'utilité de l'intervention.

Corps étrangers. — C'est dans les bronchiectasies que je ferai rentrer l'histoire des *corps étrangers du poumon*. Les complications qu'ils provoquent appartiennent au groupe des suppurations pulmonaires ou des bronchiectasies. Beaucoup plus fréquentes quand le corps étranger a pénétré par le larynx, elles sont exceptionnelles dans les plaies de poitrine par armes à feu. L'extraction du corps étranger par bronchotomie ou par pneumotomie semble peu engageante d'après les faits expérimentaux comme d'après les faits cliniques, si bien que le traitement chirurgical symptomatique reste seul applicable, et c'est en somme une bronchiectasie ou un abcès gangreneux avec accidents généraux septiques que nous devons combattre. L'extraction du corps du délit ne peut être malheureusement qu'un fait accessoire puisqu'il est de règle de ne pas le trouver (10 fois sur 11); il pourra cependant être expulsé spontanément plus tard (2 cas) ou demeurer indéfiniment dans le poumon. La pneumotomie, précoce ou tardive suivant les allures aiguës ou chroniques des accidents, a été pratiquée 11 fois : ses résultats ont été des plus médiocres (4 morts opératoires, 4 fistules, 1 résultat à peu près nul et seulement 2 améliorations).

Gangrène pulmonaire. — De toutes les affections du poumon, c'est la *gangrène* qui a été le plus souvent l'objet de nos interventions; je relève actuellement 74 cas opérés. La gravité des accidents septiques qui l'accompagnent, accidents dus à une rétention des produits sphacélés, explique la richesse de nos documents. La *gangrène circonscrite*, corticale ou profonde, est seule justiciable de nos interventions. Les gangrènes pleuro-pulmonaires provoquent des empyèmes putrides qui constituent l'affection dominante principale, et appartiennent comme telles aux pleurésies purulentes en général; et si nous devons agir alors sur le parenchyme pulmonaire, ce n'est plus qu'à titre secondaire, c'est un épisode sans grande importance du traitement, et je suis obligé de les distraire de ce chapitre. La gangrène circonscrite n'ap-

partient elle-même au domaine chirurgical que dans sa période d'*élimination et de réparation*. Toutes les infections pulmonaires peuvent se compliquer de gangrène : c'est la putridité, l'entrée en scène des microbes saprogènes qui constitue la gangrène : qu'ils pénètrent sans effraction à la suite d'une pneumonie, d'une bronchiectasie, de la tuberculose ou du cancer, avec un corps étranger ou une embolie, ou qu'ils entrent de vive force par une plaie de poitrine ou une perforation de l'œsophage. Si le pronostic médical ou chirurgical peut varier suivant chacune de ces causes, suivant chacune des *formes aiguës* ou *chroniques* des accidents. abcès gangreneux ou gangrènes chroniques, l'indication, le manuel opératoire sont les mêmes pour tous ces cas. Je puis donc les envisager en bloc, quitte à tirer ultérieurement des éléments de la clinique un élément de pronostic opératoire ou thérapeutique différent.

Lorsqu'un foyer de gangrène pulmonaire ne peut s'éliminer par le drainage bronchique, drainage naturel, des accidents de rétention septique continus ou progressifs conduisent à chercher dans la pneumotomie un mode d'évacuation efficace. La persistance des accidents septiques menace le malade soit par elle-même, soit par la greffe possible des produits gangreneux dans le même poumon ou dans le poumon opposé, provoquant une véritable pneumonie gangreneuse par aspiration. Cette suppuration persistante amène des lésions viscérales chroniques sous forme d'amylose rénale ou hépatique qui commandent l'intervention, mais en aggravent singulièrement le pronostic. L'observation prouve que ces accidents *de propagation* sont plus fréquents dans la gangrène des lobes supérieurs, ou au contraire la gangrène des lobes inférieurs tire sa gravité du drainage insuffisant. L'intervention précoce sera donc plus formellement indiquée dans le premier cas; mais cette localisation est rare, le siège d'élection de la gangrène étant la partie postérieure des lobes inférieurs. Les accidents consécutifs à l'entrée dans les bronches de parcelles alimentaires sont généralement des gangrènes aiguës nécessitant une intervention rapide; malheureusement, dans tous les cas traités chirurgicalement, la multiplicité ou l'étendue des foyers a rendu inutiles les efforts chirurgicaux dirigés de ce côté.

L'indication opératoire nettement posée, *le diagnostic précis* est nécessaire. Moins fécond en erreurs que pour les bronchiectasies, il est loin d'être facile. La présence du foyer gangreneux ne fait pas de doute, mais son siége est difficile à préciser. Les meilleurs cliniciens, après de nombreux et méticuleux examens, ont été trompés, non seulement dans la délimitation du foyer, mais encore dans son siège, soit que l'erreur de localisation portât sur les parties d'un même lobe, soit même qu'une lésion siégeât très loin du maximum des foyers d'auscultation, dans le lobe supérieur, alors qu'on la croyait dans le lobe inférieur. Les ponctions aspiratrices sont utiles, mais elles sont alors dangereuses par la septicité du foyer à atteindre; plusieurs fois, une pleurésie purulente, un phlegmon gangreneux en ont été la conséquence. La fréquence de *multiplicité* et de *bilatéralité* des lésions nécessite les plus grandes précautions; les foyers gangreneux consécutifs aux perforations de l'œsophage notamment sont souvent bilatéraux. Le diagnostic des *adhérences* est ici plus important qu'ailleurs à cause de la septicité toute spéciale du foyer pulmonaire, elles sont heureusement la règle (sur 74 cas : 6 fois elles manquaient totalement, 14 fois elles étaient insuffisantes ou incomplètes). Si elles manquent, leur recherche ou leur création s'impose. Tous les moyens de diagnostic doivent être mis en œuvre pour permettre avant l'opération de connaître leur siège et leur présence et d'établir un pronostic. Il n'est pas jusqu'à la *cause* elle-même de la gangrène qui ne doive être précisée : les gangrènes par corps étrangers des bronches ou par rupture de l'œsophage étant particulièrement graves.

Gangrène consécutive à une			
Affection inflammatoire du poumon	Guérisons...	39	55
	Morts.......	15	
	Amélioration	1	
Bronchiectasie	Guérison....	1	4
	Morts.......	3	
Corps étrangers	Guérison....	1	2
	Mort........	1	
Embolie	Guérisons...	2	7
	Morts.......	5	
Plaie de poitrine	Guérison....	1	1
	Mort........	0	
Perforation de l'œsophage	Guérison....	0	2
	Morts.......	2	

Au point de vue *thérapeutique*, tous les moyens médicaux ayant échoué, le choix de l'intervention ne paraît guère discutable; malgré les belles et anciennes recherches de Wilhelm Koch et les résultats récents de Hewelke, les injections antiseptiques iodées ou thimolées ne répondront qu'à des formes bénignes, peut-être à ces cas de foyers trop multiples pour permettre des incisions. La ponction au gros trocart pré-

sente tous les dangers de la pneumotomie sans avoir ses avantages. L'*incision large*, l'évacuation du foyer et l'extraction des séquestres parenchymateux constituent la méthode de choix. La thoracotomie avec résection costale proportionnelle à l'étendue et à la profondeur du foyer gangreneux est généralement adoptée. La suture des feuillets pleuraux s'il n'y pas d'adhérences, leur consolidation si elles sont molles, et la préservation de la séreuse s'imposent ici par la virulence toute spéciale des foyers gangreneux. L'incision pulmonaire avec ou sans ponction probatoire sera pratiquée au bistouri ou au thermo-cautère; le fer rouge n'est guère hémostatique, mais les craintes d'inoculation du foyer opératoire peuvent expliquer son choix dans ces cas. Cette incision franche me paraît préférable aux ponctions ignées ou à la cautérisation chimique lente et incertaine. Le foyer gangreneux largement ouvert à son point déclive, débarrassé de ses séquestres, bien examiné du doigt et de l'œil pour s'assurer de son isolement, sera tamponné antiseptiquement et drainé. Tous les auteurs s'accordent sur la nécessité d'un drain souple, de longueur bien calculée pour ne pas pénétrer dans les bronches et provoquer des accès de toux, bien fixé pour ne point être aspiré par les bronches, et fréquemment déplacé et replacé pour ne pas provoquer d'hémorrhagies par érosion vasculaire. En dehors du pneumothorax par défaut d'adhérences pleurales, les accidents opératoires à craindre sont l'hémorrhagie ou l'entrée de l'air dans les veines pulmonaires, accidents rares d'ailleurs. L'hémorrhagie primitive a toujours été, dans les observations que nous rapportons, rapidement arrêtée par le tamponnement. Quant aux hémorrhagies secondaires, leur gravité est tout autre (4 opérés ont succombé à des hémorrhagies de ce genre). Le pneumothorax secondaire et la pleurésie purulente consécutive n'ont pas toujours pu être évités par la suture des feuillets pleuraux, comme le montre une des observations de Roux.

Les résultats immédiats sont la disparition de la fétidité de l'expectoration et la chute de la fièvre. Le passage de l'air dans le foyer, sa ventilation ont sur les accidents putrides une action spéciale indépendante du drainage lui-même. Il a suffi, en cas de putridité nouvelle, d'élargir la fistule pour voir l'infection disparaître sans que pour cela l'écoulement soit plus abondant. Les résultats obtenus par le traitement chirurgical accusent une mortalité de plus de 40 0/0, mais un groupement plus instructif est celui qui a trait aux résultats chirurgicaux obtenus dans les différentes gangrènes suivant leur étiologie; 63 de nos observations sont utilisables à cet égard. Je relève 55 gangrènes métapneumoniques avec 39 guérisons; 4 gangrènes survenues au cours de dilatations bronchiques avec 3 morts, 7 gangrènes par embolie avec 5 morts, 2 cas consécutifs à une perforation de l'œsophage avec 2 morts; enfin un cas d'abcès gangreneux consécutif à une plaie par une arme à feu a guéri. Il résulte de ces faits que la gangrène pulmonaire circonscrite bénéficie de l'intervention chirurgicale à sa période d'élimination et de réparation. Les résultats de la pneumotomie sont d'autant plus favorables qu'elle *est plus hâtive*, que les feuillets pleuraux sont adhérents, que les foyers sont plus superficiels et que les causes du processus sphacélique relèvent d'une infection aiguë et accidentelle, frappant un poumon dont le reste du parenchyme est normal. Nous voyons en effet que, les hémorrhagies secondaires mises à part (4 morts), ce sont les lésions multiples et bilatérales qui ont le plus souvent amené la mort des opérés (11 obs.). La majeure partie des causes de nos échecs pourra donc disparaître, si les malades nous sont confiés avant d'être des septicémiques épuisés, si les foyers sont attaqués au début. Nos opérations devenues *précoces* en bénéficieront d'autant et je ne doute pas que la chirurgie ne trouve alors dans la gangrène pulmonaire l'occasion de brillants et d'indiscutables succès.

DOUZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

SECTION DE CHIRURGIE

De la chirurgie du poumon, principalement dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène pulmonaire.

M. Macewen (de Glascow). — Je suis d'accord avec M. Tuffier (Voir *Gazette Médicale*, n° 34, p. 397 et n° 35, p. 407) sur la plupart des points, mais, en ce qui concerne la physiologie mécanique de la plèvre, je ne pense pas que ce soit la pression de l'air qui retienne les deux feuillets pleuraux en contact l'un avec l'autre. A mon avis, c'est la cohésion moléculaire s'exerçant entre deux surfaces lisses qui produit ce résultat. Aussi je ne crains pas de faire une large ouverture de la cavité pleurale, car,

lorsqu'on procède ainsi, il ne se fait pas d'accumulation d'air entre les deux feuillets.

Dans la pratique, je crois qu'il faut distinguer les cas suivant qu'il s'agit de cavernes *petites*, *grandes* ou *très grandes*.

Pour les petites cavernes, je n'incise pas la plèvre et je me borne à réséquer trois côtés vis-à-vis du foyer, de façon à obtenir l'affaissement de la cavité.

Pour les grandes cavernes, j'ouvre la plèvre, je fais un grattage et je draine avec de la gaze iodoformée.

Pour les très grandes cavernes, je procède de la même façon, mais j'ai soin de bourrer complètement la cavité avec de la gaze iodoformée.

M. B. Fabricant (de Kharkow), — Il résulte de mon expérience et de mes recherches que la pneumotomie n'est formellement indiquée que dans les cas d'abcès ou de gangrène du poumon. En présence de cavernes tuberculeuses, on ne doit pratiquer cette opération que si les symptômes caverneux sont prédominants : ce n'est plus alors qu'une intervention palliative. Le volume considérable de l'abcès ou de l'excavation gangreneuse n'est pas une contre-indication à l'opération ; il faut seulement assurer un large écoulement aux produits pathologiques.

Le pronostic de la pneumotomie dans les cas de cavernes tuberculeuses est mauvais : si le malade supporte l'opération, il ne succombe pas moins à la tuberculose.

Plus le diagnostic est précis, plus l'intervention chirurgicale est prompte et plus il y a de chance pour que la pneumotomie ait un résultat heureux. Le pronostic est plus favorable dans les cas d'abcès du poumon que dans ceux de gangrène. L'âge du malade influe sur l'issue de l'opération : toutes conditions égales d'ailleurs, les sujets jeunes supportent mieux la pneumotomie que les personnes âgées.

Le pronostic dépend beaucoup de la maladie antérieure. C'est dans les cas d'abcès consécutifs à une pneumonie, à un kyste hydatique ou à une blessure par arme à feu que la pneumotomie donne les meilleurs résultats. On réussit moins bien lorsqu'on a affaire à des abcès métastatiques. On obtient également de bons effets de la pneumotomie dans les cas de gangrène reconnaissant pour cause une bronchite putride ou une pneumonie. Par contre, les résultats sont moins favorables chez les sujets atteints de gangrène liée à la bronchiectasie.

Pour ce qui est de la technique opératoire, la ponction au moyen d'un trocart conduit rarement au but désiré.

Si une incision intercostale donnait un accès suffisant sur le foyer de la maladie, on pourrait s'en tenir là. Dans le cas contraire, on pourrait réséquer une ou plusieurs côtes, ce qui ne retarderait en rien la guérison. Au point où sera pratiquée l'incision, il doit y avoir union préalable des plèvres viscérale et pariétale. Si cette fusion n'existait pas, la suture des deux feuillets pleuraux serait préférable à tout autre moyen de réunion.

Pour éviter l'hémorrhagie il faut pénétrer dans les poumons au moyen du thermocautère modérément chauffé ou d'un instrument mousse et ne pas avoir recours au bistouri.

Après l'opération, il vaut mieux ne pas faire usage d'injections antiseptiques, car les substances antiseptiques, pénétrant dans les bronches, occasionnent des accès d'asphyxie, une forte toux et quelquefois des symptômes d'inflammation des canaux bronchiques, de la trachée et du pharynx.

Le drainage au moyen d'un tube sera remplacé par une bande de tarlatane qui, grâce à ses propriétés hygroscopiques, absorbe facilement et entraîne au dehors les matières septiques formées sur place.

Traitement chirurgical de la tuberculose primitive du testicule.

M. S. Duplay (de Paris). — Préconisée de nouveau dans le traitement de la tuberculose du testicule, dès les premiers temps de la méthode antiseptique, la castration n'est plus guère employée qu'à titre de procédé d'exception, en présence de certaines indications spéciales, notamment lorsqu'il s'agit d'une tuberculose chronique suppurée avec foyers purulents multiples, donnant des fistules qui traversent le scrotum en tous sens et ne laissent pour ainsi dire aucune portion de la glande intacte.

La castration précoce est actuellement rejetée, avec raison, et les opérations économiques dans lesquelles on conserve la plus grande partie de l'appareil testiculaire sont aujourd'hui employées presque exclusivement, en dehors des cas auxquels nous venons de faire allusion.

Après m'être longtemps adressé au curettage et à la cautérisation ignée, pour détruire les foyers tuberculeux de l'appareil testiculaire, j'ai adopté, depuis 1890, une méthode d'extirpation de ces foyers au bistouri, suivie de réunion, et j'en ai obtenu les meilleurs résultats.

Déjà, en 1830, Astley Cooper conseillait d'enlever au bistouri des fongosités saillantes du testicule, mais il bornait, ainsi que Curling, cette excision aux parties superficielles malades. Malgaigne poussa plus loin ce mode d'intervention et proposa de séparer au bistouri les parties malades des parties saines, comme dans l'ablation des tumeurs. Dans la période actuelle l'épididymectomie partielle ou totale semble avoir rallié de nombreux partisans, parmi lesquels on doit mentionner principalement Bardenheuer, Villeneuve, Humbert, Lejars.

Le procédé que j'emploie ne mérite pas à proprement parler le nom d'épididymectomie, car il ne s'applique pas à l'épididyme exclusivement, et a pour but d'enlever au bistouri les foyers tuberculeux de l'appareil testiculaire, qu'ils siègent dans l'épididyme ou dans le testicule.

J'ai été conduit à employer ce procédé, en considérant

la fréquence des récidives et des guérisons incomplètes à la suite du curettage et de la cautérisation; je l'ai appliqué d'abord aux cas suppurés, puis, encouragé par les bons résultats que j'avais obtenus, je l'ai utilisé dans le traitement des tubercules non suppurés.

Ma méthode consiste à disséquer au bistouri les foyers tuberculeux soit dans l'épididyme, soit dans le testicule, et à les énucléer en totalité, en ne limitant leur ablation qu'au niveau des tissus parfaitement sains.

Le manuel opératoire est fort simple. On fait au bistouri une incision de dimensions convenables, qui permet d'aborder les foyers tuberculeux. On dissèque alors ceux-ci comme on le ferait pour un néoplasme, sans se préoccuper des parties que l'on sectionne à la périphérie.

On réalise ainsi l'ablation complète de chaque foyer tuberculeux.

Si l'on a affaire à un foyer suppuré, on poursuit l'extirpation de la poche tuberculeuse dans toute son étendue, ainsi que celle des trajets fistuleux s'il en existe.

J'ai dit qu'il ne fallait pas se préoccuper des tissus périphériques. Donc, si la tuberculose siège dans l'épididyme, il faut séparer cet organe du canal déférent; si les lésions ont envahi le testicule, je n'hésite pas à sectionner l'albuginée ainsi que le tissu sain de la glande pour les enlever complètement et je réunis ensuite l'albuginée avec quelques points de catgut fin, avant de suturer la peau.

J'ai appliqué cette méthode avec succès dans une dizaine de cas, et je puis vous citer notamment le cas le plus ancien, qui date actuellement de sept ans, et dans lequel la guérison, ainsi que j'ai pu le vérifier à plusieurs reprises, s'est maintenue complète.

Il s'agissait d'un homme de 35 ans qui, en 1888, présentait une tuberculose de l'épididyme droit, suppurée, avec fistule scrotale; je l'opérai à cette époque à l'hôpital Beaujon, par ouverture du foyer au thermocautère, grattage de la cavité et destruction de ses parois au thermocautère. La guérison fut incomplète et il resta une fistule; puis graduellement de nouveaux noyaux s'établirent autour de l'épididyme et du canal déférent.

Il revint à l'hôpital de la Charité en 1890. Je fis une incision au bistouri; et après l'ablation des noyaux épididymaires je réséquai une portion du testicule atteinte de tuberculose et suturai l'albuginée; le canal déférent fut réséqué à cinq ou six centimètres au-dessus de la queue de l'épididyme. Il y eut une réunion par première intention et la guérison définitive fut obtenue.

Un nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre.

M. Severeanu (de Bucharest) fait sur ce sujet une communication que nous résumons ainsi :

Un des inconvénients inhérents à l'opération du bec-de-lièvre est le rétrécissement de la lèvre supérieure par suite de la cicatrice qui s'y forme. Pour obvier à cet inconvénient, l'orateur a adopté un nouveau procédé, qui consiste dans le dédoublement du sphincter labial de manière à obtenir une surface sanglante sans qu'il y ait perte de substance. On évite de cette manière la soudure cicatricielle de la lèvre avec la partie cruentée du maxillaire, et par suite on obtient une mobilité de la lèvre que les malades réclamaient souvent plus tard, lorsqu'ils avaient été opérés par les procédés ordinaires. De plus, en suturant les bords de la plaie par un procédé spécial, qui assure le contact intime du fond de la plaie tout en évitant des points visibles à l'extérieur, on supprime les cicatrices multiples que l'on observe quand l'opération a été faite par les anciennes méthodes.

SECTION DE MÉDECINE

Sur les causes essentielles de la chlorose.

M. Charrin (de Paris), *rapporteur*. — La chlorose est une maladie du sexe féminin, si on s'en tient au type classique qui a fait dire à Trousseau qu'on peut créer des anémies, mais non des chloroses.

On en a signalé quelques cas chez les garçons : ce sont des anémies de croissance ou des exceptions qui confirment la règle.

On se trouve, dès lors, généralement conduit à rechercher l'agent causal dans la zone utéro-ovarienne, d'autant plus que l'évolution du mal a beaucoup de rapports avec la puberté, l'établissement des menstrues, etc.

S'agit-il d'infection ou d'intoxication, termes analogues au fond, le microbe agissant par ses poisons?

Les allures de la maladie ne sont pas, en général, en dépit d'une fièvre légère, rare, celles d'une infection; on n'a pas trouvé de germes constants, spéciaux.

En revanche, on observe des céphalées, des malaises divers, de l'herpès; on voit, chez les nourrissons dont les nourrices ont par hasard conservé leur menstruation, survenir, la veille de l'apparition des règles, des érythèmes, de l'entérite, etc. : tous ces accidents, y compris l'altération globulaire, sont d'ordre toxique et peuvent être reproduits comme tels.

En outre, du sérum du sang recueilli aseptiquement en scarifiant le col utérin, avant et après l'époque cataméniale, fournit une toxicité légèrement plus élevée dans le premier cas que dans le second.

Ces essais insuffisants confirment néanmoins l'hypothèse d'un défaut d'épuration se produisant d'une façon défectueuse chez les chlorotiques.

On invoque les chloroses à pertes abondantes; on peut remarquer qu'il y a des brightiques urinant beaucoup : qualité et quantité sont deux termes différents.

On invoque aussi la suppression des règles non suivie de chlorose; on peut remarquer que les mêmes causes ne produisent pas toujours les mêmes effets, d'autant

plus qu'à l'époque de la puberté ou même de la ménopause les changements soudains qui s'opèrent un peu partout exigent le maximum des efforts d'épuration. En temps ordinaire, si les règles viennent à disparaître, la suppléance s'exécute plus aisément, par suite de bouleversements moindres dans l'économie, par suite d'une surprise moins grande, d'une nutrition moins brutalement modifiée en particulier dans ses déchets.

On a soutenu le rôle générateur de la tuberculose, des tares héréditaires, du foie, de l'intestin, etc., etc. Il n'y a là aucune contradiction. Ces tares font que les cellules sont débiles; à l'heure où subitement la nature réclamera de ces dernières de grands efforts, elles ne sauraient les accomplir.

Si le foie, si l'intestin laissent à désirer au point de vue des poisons insuffisamment atténués, éliminés ou fabriqués trop abondamment, on conçoit que dans ces conditions la mesure déborde plus vite, que les suppléances soient plus difficiles.

Pour certaines chloroses, au moins, il y a lieu de penser que l'appareil utéro-ovarien, dont certains auteurs (Keiffer, etc.) ont tenté de prouver les fonctions de glande interne, joue un rôle d'élimination dont l'insuffisance entraîne un certain degré d'auto-intoxication.

M. Gilbert (de Paris), *co-rapporteur*, se déclare partisan de la théorie hématique de la chlorose et considère cette affection comme une anémie primitive, caractérisée par la difficulté qu'éprouvent les hématoblastes à se transformer en hématies, par la malformation des globules rouges et leur tendance à péricliter.

Les causes de ce trouble hématopoiétique doivent être cherchées surtout dans les influences héréditaires. On a, en effet, signalé depuis longtemps la fréquence de la chlorose dans les familles où règne la tuberculose : il existe donc entre ces deux affections d'étroites affinités.

L'hystérie, le rachitisme et d'autres états morbides, tels que le rhumatisme et la goutte, jouent aussi un rôle dans les antécédents héréditaires des chlorotiques, mais ils y occupent une place moins considérable que la tuberculose.

La chlorose étant une maladie de déchéance, il n'y a rien d'étonnant que, à côté des altérations du sang, on rencontre chez les chlorotiques des hypoplasies viscérales diverses, telles que l'atrophie du cœur, le rétrécissement mitral pur, l'angustie de l'aorte et du système artériel, l'atrophie des organes génitaux et celle des reins.

La chlorose se montre de préférence dans le sexe faible qui cède plus facilement aux influences dégénératives, et quoiqu'elle puisse survenir à tout âge, elle apparaît principalement à la puberté, c'est-à-dire à l'époque de la vie où la genèse des hématies devrait être particulièrement active. Elle se manifeste avec ou sans l'intervention des causes adjuvantes ou provocatrices diverses.

Sur un syndrôme observé au cours d'affections cérébrales et caractérisé par l'arrêt complet de la respiration plusieurs heures avant celui du cœur.

Sir Dyce Duckworth (de Londres). — Je désire vous soumettre plusieurs observations relatives à un fait clinique qui mérite d'autant plus de retenir l'attention, qu'il n'a guère été signalé jusqu'à ce jour, à savoir la persistance de la vie plusieurs heures après l'arrêt complet des mouvements respiratoires.

Le premier cas concerne une jeune fille de quinze ans qui, à la suite d'une otite supurée, avait eu un abcès du cervelet pour lequel on l'avait trépanée, mais sans ramener de pus. La respiration avait entièrement cessé environ *quatre heures* avant que la circulation se fût arrêtée. On avait eu recours à la respiration artificielle pendant tout ce temps. Vers la fin, la température était tombée au-dessous de la normale.

Il s'agit ensuite d'une femme âgée de vingt et un ans, qui fut admise à l'hôpital pour une otite accompagnée de céphalalgie. Les mouvements respiratoires s'arrêtèrent. On pratiqua la respiration artificielle et on fit la trépanation, ce qui permit d'évacuer une notable quantité de pus provenant d'un abcès temporo-sphénoïdal. Le pouls avait commencé par fléchir, puis il était remonté sous l'influence d'inhalations d'oxygène et de la respiration artificielle. Les mouvements respiratoires persistèrent pendant quatre heures et demie, et ce n'est qu'après ce laps de temps que le cœur s'arrêta. La température de la malade était, lors de son admission, c'est-à-dire au dix-huitième jour de la maladie, de 30°4 C., mais elle était redevenue normale dans la suite.

La troisième observation a trait à un homme de 36 ans, également entré à l'hôpital pour otite et maux de tête. Il tomba dans le coma au dix-septième jour de sa maladie et la respiration s'arrêta le surlendemain. La respiration artificielle, les inhalations d'oxygène et les injections de strychnine amenèrent une légère amélioration. On pratiqua la trépanation et on ouvrit un abcès collecté dans la région temporo-sphénoïdale. La respiration s'était arrêtée complètement deux heures avant que le cœur eût cessé de battre. La température avait varié entre 36° et 39° C.

Enfin, le dernier cas a trait à un employé des postes âgé de 26 ans, qui avait été blessé à la tête par un sac de lettres très lourd. Il se plaignit d'abord de céphalalgie, puis il tomba dans le coma et présenta une hémiplégie gauche. On le trépana et une incision de la dure-mère donna issue à une certaine quantité de sang. Le pouls, qui avant l'intervention était tombé à 44 pulsations par minute, se releva à la suite de l'opération. La respiration se suspendit cependant, et il fut impossible de la rétablir. Le cœur continua à battre pendant *cinq heures*

avant la mort définitive. A l'autopsie, on découvrit une vaste collection sanguine sous l'écorce cérébrale. La température n'avait jamais dépassé la normale. La mort eut lieu deux jours après l'accident.

A ces faits je puis en ajouter quelques autres : M. Macewen (de Glasgow) a mentionné, en 1893, plusieurs cas dans lesquels on avait observé le phénomène en question. Chez quelques-uns de ces malades on avait constaté une diminution de la fonction respiratoire avec ralentissement de l'action cardiaque. L'année dernière, le même auteur a rapporté des cas où le pouls était tombé à 40 et même 20 pulsations par minute, au fur et à mesure de l'augmentation de la tension intracrânienne. Il a signalé aussi des modifications du rythme respiratoire du type de Cheyne-Stokes dans des cas d'abcès de la fosse cérébelleuse ayant entraîné la mort par compression du centre respiratoire, bien que le pouls fût resté rapide et fort. Dans un de ces cas, on avait pratiqué sans relâche la respiration artificielle pendant vingt-quatre heures et le pouls n'avait nullement faibli tant qu'avait duré cette manœuvre.

En outre, M. Macewen a observé tout récemment un sujet chez lequel les mouvements respiratoires se sont rétablis après plusieurs heures de respiration artificielle. Dans ce cas, il avait ouvert et vidé un abcès du cervelet pendant que ses assistants pratiquaient la respiration artificielle. Chez le malade en question, l'abaissement de la tension intracérébelleuse amena aussitôt une amélioration notable de l'état général, et peu de temps après la respiration reprit. L'opéré se remit momentanément, mais il finit par succomber au collapsus cardiaque. La respiration, une fois rétablie, était restée normale jusqu'à la fin.

M. Macewen a également constaté le phénomène dont il s'agit chez un malade atteint d'apoplexie, de même que dans un cas fort intéressant où le centre respiratoire avait été détruit à la suite d'un écrasement : le cœur néanmoins continuait à battre, et chaque pulsation déterminait une crépitation due au frottement de côtes défoncées.

De son côté M. V. Horsley a publié en 1894 des observations relatives à des sujets atteints d'hémorrhagie cérébrale, de tumeurs cérébrales, d'enfoncements du crâne ou de commotion cérébrale brusque et violente (surtout dans la région occipitale), et qui succombaient fréquemment à des troubles respiratoires et non à l'arrêt du cœur. Il a rapporté à la même époque les faits dans lesquels Hilton Fagge a vu des individus porteurs de néoplasmes ou d'abcès cérébraux mourir à la suite d'un arrêt de la respiration. Il a rappelé aussi que Leyden, en 1866, prouva qu'une augmentation de la pression intracrânienne détermine un ralentissement du pouls, rend la respiration bruyante et finit par l'arrêter complètement, Horsley et Walter Spencer ont confirmé ces recherches et Léonard Hill les a vérifiées depuis.

Les investigations cliniques de M. Horsley ont établi que dans les cas de tumeur cérébrale, d'hémorrhagie et de foyers inflammatoires, la mort peut survenir subitement par arrêt respiratoire, et que cette issue est surtout fréquente lorsqu'il y a tension intracrânienne due à une cause pathologique, notamment lorsque la lésion est passée à l'état chronique. Relativement aux sujets que l'on trouve en état de mort apparente à la suite de traumatismes portant sur la tête, M. Horsley estime que cet état est vraisemblablement dû à l'arrêt de la respiration et non au collapsus cardiaque, comme on l'a cru jusqu'ici. En outre, il entrevoit la possibilité de rappeler ces malades à la vie en ayant recours à la respiration artificielle.

Des expériences directes prouvent que les lésions des hémisphères cérébraux causés par les armes à feu déterminent un arrêt de la respiration qui cède à la compression rythmée du thorax, à condition, bien entendu, qu'aucun foyer hémorrhagique ne comprime le centre respiratoire.

Dans la mort par pendaison, on sait que la fonction respiratoire est suspendue avant la circulation.

Pour en revenir aux quatre cas que j'ai relatés en premier lieu, chez tous ces patients, sauf le troisième, le degré dermique avait de la tendance à s'abaisser au-dessous de la normale; quant au troisième malade, dont la température atteignit le point le plus élevé, la hausse de 36° à 39° C. se manifesta dans l'espace de seize heures et c'est à ce moment que l'intervention chirurgicale eut lieu.

Ces basses températures offrent un intérêt spécial au point de vue de ce qui se passait dans le cerveau. Toutefois, une baisse thermométrique est actuellement considérée comme un phénomène accessoire dans les étapes secondaires des abcès cérébraux et on peut dire qu'elle caractérise ces cas.

A la suite de la cessation de la fonction respiratoire on pourrait s'attendre à un abaissement de la température même plus accentué que celui qui a été noté dans les faits susmentionnés. Dans un cas, il est vrai, l'hypothermie pouvait être le résultat de l'administration de la phénacétine, que l'on avait prescrite à des doses assez élevées.

Le fait que, chez le mammifère de l'ordre le plus élevé, la respiration a pu s'arrêter pendant plusieurs heures tandis que la circulation sanguine a persisté pendant de longues périodes de temps est en lui-même assez remarquable. La fonction respiratoire se maintient chez les animaux dont on a remplacé par de l'eau, le contenu des vaisseaux sanguins; mais on peut, à vrai dire, considérer l'arrêt complet de la respiration comme le commencement de la mort. Bien que le centre respiratoire soit très rapproché du centre cardiaque, il est évident que le premier est de beaucoup le plus sensible, et lorsque ces deux

centres se trouvent intéressés par une même lésion, celle-ci agit plus rapidement et avec plus de force sur le centre respiratoire. Nous sommes autorisés à croire que ce centre est le premier à céder et qu'il est, en somme, le plus vulnérable des grands centres nerveux, le premier à ressentir les effets d'une tension intracérébrale anormale.

Les déductions cliniques qui découlent des faits que je viens d'exposer sont les suivantes :

Il faut s'efforcer de réduire immédiatement toute pression intracrânienne excessive au moyen de la trépanation et en utilisant la sonde.

Il importe de continuer la respiration artificielle aussi longtemps qu'elle est indiquée, c'est-à-dire jusqu'à ce que le centre respiratoire soit en état de reprendre ses fonctions.

Enfin, on ne doit pas considérer une basse température comme une preuve de l'absence d'un foyer purulent ou hémorrhagique dans le cerveau. En pareille occurence, l'hypothermie ou une température normale ont la même signification que dans nombre de cas de péritonite suppurée.

SECTION DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Physiologie pathologique du myxœdème.

M. Gley (de Paris) *rapporteur.* — Les symptômes du myxœdème, décrits pour la première fois par W. Gull en 1875, furent ensuite étudiés soigneusement par Morvan, Charcot, Ord, Hadden et d'autres auteurs. Puis vinrent les observations de J. Reverdin et Kocher, relatives au développement d'une maladie analogue au myxœdème, à la suite de l'ablation de la glande thyroïde chez les goitreux, observations qui ramenèrent au jour les anciennes expériences de Schiff sur les résultats de l'extirpation de cet organe chez les animaux. Horsley fit faire un pas important à la question, en montrant que, chez le singe, les accidents consécutifs à la thyroïdectomie n'ont pas, en général, une issue fatale aussi prompte que chez le chien et qu'ils se rapprochent des troubles trophiques observés chez l'homme. L'enquête à laquelle se livra la Commission nommée par la Société clinique de Londres pour l'étude du myxœdème, prouva aussi que cette affection est due à la destruction de la glande thyroïde par un processus pathologique. Enfin, la démonstration fut achevée quand Vassale et moi, indépendamment l'un de l'autre, guidés par les mêmes raisonnements physiologiques, nous eûmes produit l'atténuation et même la suppression temporaire des désordres présentés par les animaux thyroïdectomisés en leur injectant de l'extrait aqueux de glande thyroïde, et lorsque J. Murray et, après lui, beaucoup d'autres médecins eurent, par l'application à l'homme de ce genre d'opothérapie, guéri des myxœdémateux.

Cependant, tous ces faits, si importants qu'ils soient, étaient insuffisants pour donner une explication des différents phénomènes constitutifs du syndrôme appelé myxœdème. C'est que le mécanisme de la fonction thyroïdienne restait indéterminé.

Il me semble que la remarquable découverte due à Baumann, d'une substance iodée dans la glande thyroïde peut faire entrer la question dans une phase véritablement explicative.

L'iodothyrine de Baumann paraît dans beaucoup de cas atténuer les principaux accidents consécutifs à la thyroïdectomie chez les animaux et assurer la guérison du myxœdème, aussi bien que l'extrait thyroïdien. D'autre part, elle exerce sur la nutrition une influence marquée, qui se manifeste par l'augmentation de la sécrétion urinaire et de l'élimination de l'acide carbonique. Elle représente donc un principe actif de la glande, si elle n'en constitue pas le seul.

Mais il y a lieu de se demander si le myxœdème est dû exclusivement à des troubles nutritifs. Un abaissement permanent du taux des échanges peut-il conduire à un état semblable? Et comment s'expliqueraient les troubles nerveux? D'autres causes que la porte de la fonction thyroïdienne diminuent le métabolisme sans produire le myxœdème et beaucoup de moyens qui augmentent les échanges nutritifs sont incapables de faire disparaître ce syndrôme. Il faut donc admettre que les symptômes du myxœdème ne relèvent pas tous d'un affaiblissement du chimisme intracellulaire, mais qu'ils sont en partie d'origine toxique. Malheureusement, la substance toxique supposée reste toujours inconnue. Cependant, il ne serait pas invraisemblable que l'iodothyrine, tout en exerçant sur les échanges une action spécifique, jouât le rôle d'un antidote à l'égard de la toxine hypothétique du myxœdème.

Bien des problèmes, néanmoins, restent encore en suspens.

En premier lieu, il importerait d'établir que jamais la glande thyroïde ne fonctionne sans iode et, inversement, que dans tous les cas où la glande est malade, elle ne contient plus ou presque plus d'iode. Il faudrait aussi chercher si l'iodothyrine exerce son action dans la glande même ou bien au sein des tissus dans lesquels ce produit est déversé par le sang.

L'étude des troubles de la fonction thyroïdienne conduit encore plus loin. Il semble bien, en effet, qu'il n'y ait plus besoin de l'intermédiaire du système nerveux pour expliquer la régulation des échanges intra-organiques. Rien ne peut nous faire croire que l'iodothyrine n'ait pas une influence directe sur le métabolisme. Ainsi donc, quand la glande thyroïde, atrophiée ou dégénérée, ne sécrète plus cette substance, les troubles nutritifs qui en résultent sont immédiats et tiennent seulement au défaut dans l'organisme d'un principe qui augmente

normalement l'intensité des échanges. De cette façon, la régulation des échanges nous apparait comme pouvant être d'ordre chimique direct : il existe des substances qui exagèrent, d'autres qui modèrent ce phénomène; par l'action ménagée de ces corps en quantité à peu près équivalente doit être mécaniquement réalisé l'équilibre nutritif. L'iodothyrine est une de ces substances, la mieux connue chimiquement, bien que nous ne sachions rien encore de sa composition exacte ni de sa constitution.

Pour toutes ces raisons, je crois pouvoir dire que la connaissance de l'iodothyrine et de ses propriétés a fait entrer l'étude du myxœdème dans la période des explications qui permettent de comprendre comment se produisent quelques-uns des symptômes de la maladie. C'est là le progrès que la physiologie pathologique a réalisé dans cette question durant ces deux dernières années.

Chose curieuse, en même temps que se faisait ce progrès, un important mouvement de recul se produisait d'un autre côté. La signification physiologique même de la glande thyroïde se trouve actuellement remise en question. En effet, la découverte que j'ai faite en 1891 du rôle des glandes thyroïdes accessoires, que l'anatomiste suédois Sandström, dans un travail resté inconnu avant mes recherches, avait appelées *parathyroïdes*, donna à penser qu'il y a, en réalité, un *appareil* ou *système thyroïdien*. Deux parties sont d'ores et déjà à distinguer dans cet appareil : la glande et les glandules. Celles-ci sont au nombre non pas de deux, comme Sandström et moi l'avons dit, mais de quatre au moins, deux par lobes, ainsi que l'a montré Kohn. Or, mes expériences et celles d'autres savants ont établi que les animaux échappent aux conséquences de la thyroïdectomie, si l'on a soin de ne pas extirper avec la glande, les glandules externes, et que, d'autre part, lorsqu'on enlève à la fois les quatre glandes les animaux succombent à la cachexie strumiprive.

Plusieurs interprétations de ces faits se présentent naturellement à l'esprit : ou bien toute la fonction thyroïdienne revient aux glandules, ou bien la glande et les glandules sont fonctionnellement associées, où enfin ce sont là deux organes distincts, possédant chacun une fonction différente.

En définitive, la question du rapport entre les deux grandes parties de l'appareil thyroïdien n'est pas résolue. Elle ne le sera complètement, étant donnée l'indétermination dans laquelle on est encore touchant l'origine et la nature des glandules parathyroïdes, que par les efforts communs des embryologistes, des histologistes et des physiologistes.

Quoi qu'il en soit, les faits nombreux d'extirpation, en apparence complète, de la glande thyroïde dans un but chirurgical, non suivie d'aucun accident, sont des plus faciles à expliquer aujourd'hui, car il est certain, *a priori*, que dans ces cas les glandules parathyroïdes n'avaient pas été enlevées. Il serait donc à désirer que le chirurgien apprît à connaître le siège exact de ces glandules pour les laisser en place, non plus par un hasard opératoire, mais intentionnellement et à coup sûr.

M. Ewald (de Berlin), *co-rapporteur*. — Sans décrire ici les symptômes du myxœdème, je me bornerai à faire ressortir que la lésion anatomique principale de cette affection consiste en une dégénérescence du corps thyroïde, dégénérescence qui le plus souvent revêt la forme de l'atropie. Quant aux altérations de la peau et des nerfs, en particulier du système nerveux central, elles doivent être considérées comme secondaires.

La glande thyroïde est un organe important, destiné probablement à régler le métabolisme des tissus. Elle puise dans le sang une substance colloïde particulière, agissant à l'instar des ferments et qui, en passant dans les sucs de l'organisme, influence les échanges intra-organiques soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire du système nerveux.

On a prétendu que la fonction du corps thyroïde ne vise que la destruction des produits toxiques résultant de la désintégration des tissus et que le sang charrie vers cette glande. Or, les succès de l'opothérapie thyroïdienne sont un argument contre cette hypothèse.

Les affections du corps thyroïde ayant pour effet de supprimer la fonction de cet organe amènent des troubles nutritifs graves qui, à leur tour, engendrent une série de phénomènes morbides, notamment d'ordre nerveux. Ainsi s'expliquent les symptômes du myxœdème et de la cachexie strumiprive.

Les faits qui prouvent le bien fondé de cette théorie sont de deux ordres :

C'est d'abord que le myxœdème post-opératoire dépend manifestement de l'extirpation totale du corps thyroïde et de ses glandules externes.

Vient ensuite ce fait tout aussi concluant, à savoir que par l'ingestion de corps thyroïde frais ou d'extrait thyroïdien, on parvient soit à enrayer, soit à éviter avec une certitude presque absolue les symptômes du myxœdème et de la cachexie thyroprive chez l'homme et aussi, d'après le témoignage de la grande majorité des auteurs, chez les animaux.

Une opinion contraire a été exprimée tout récemment par M. Stabel qui a fait dans le laboratoire de Munk des expériences sur l'action de l'iodothyrine chez les chiens thyroïdectomisés. Sur vingt et une expériences, trois fois seulement M. Stahel a constaté un certain effet, d'ailleurs assez douteux, de cette préparation de la survie des animaux opérés, tandis que dans les autres cas, les chiens ont succombé malgré de fortes doses d'iodothyrine qui, parfois, étaient même administrées avant de procéder à l'extirpation de la glande. Ces résultats, ainsi que l'assertion de Munk qui nie l'importance du corps thyroïde

pour l'organisme, sont en opposition formelle avec l'expérience clinique qui montre que l'ingestion de corps thyroïde frais ou de ses préparations, a pour effet de stimuler d'une façon manifeste le chimisme intracellulaire.

Malgré tout, nombre de questions relatives à la physiologie de la thyroïde et à la pathologie du myxœdème restent encore ouvertes, et il est regrettable que nous ne possédions pas encore une connaissance suffisante de la substance active élaborée par cette glande.

(*Semaine Médicale.*)

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Imperforation du vagin.

M. F. Hüe fait une communication sur ce sujet à la Société de Médecine de Rouen.

Jeune fille de 14 ans et demi sans antécédents: développement normal.

Il y a sept mois environ, elle fut prise d'une crise de douleurs vives dans le ventre et dans le dos, à la suite de laquelle elle eut une rétention d'urine pendant trois jours. On la sonda au dispensaire et elle eut immédiatement après une perte de sang assez abondante, d'un demi-verre, dit-elle. Ce sang était noir et violacé, mal odorant, et fut suivi d'un liquide jaunâtre, visqueux, sans odeur, dont l'écoulement dura trois jours. L'enfant est incapable de dire par quel orifice ce sang s'était fait issue, mais l'entourage pensa à des règles.

Rien de nouveau jusqu'à ces dernières semaines où la malade fut prise d'une nouvelle crise de douleurs abdominales avec rétention d'urine encore, mais aussi avec sensation d'une grosseur dans le ventre du volume d'une pomme environ. De nouveau, elle fut sondée au dispensaire et envoyée à l'hôpital le 2 mars. Examinée à l'entrée, on trouve une tumeur abdominale remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle est composée par la vessie distendue par plus de deux litres d'urine.

Après cathétérisme apparait par derrière une autre tumeur moins volumineuse, mais mobile latéralement. Cette tumeur est inclinée à droite, peu douloureuse à l'exploration, paraissant venir du petit bassin, allongée, mate à la percussion. Elle n'arrive pas tout à fait à l'ombilic, mais son fond s'en rapproche plus que du pubis.

Au toucher rectal, on sent tout le petit bassin rempli par une masse appartenant manifestement à la même tumeur qui bombe dans l'ampoule rectale. On cherche alors à pratiquer le toucher vaginal, mais cela est impossible.

La vulve, à l'examen, paraît très normale, à développement pubère. Il existe, au-dessous de l'urèthre un peu agrandi, une collerette hyménéale bien marquée. Si on en écarte les bords, on arrive, par derrière, sur une cloison chiffonnée, sans aucune dépression ni orifice quelconque. C'est un septum comme gaufré.

Le toucher rectal, pendant qu'une sonde est introduite dans la vessie qu'il faut aller chercher presqu'à 10 centimètres, permet de se rendre compte que la tumeur doit être composée par l'utérus et la partie supérieure perméable du vagin dilatés par un hématocolpomètre. Le cul-de-sac vaginal arrive à trois ou quatre centimètres du septum vulvaire.

A part cela, l'examen de la malade ne révèle aucune anomalie. Tous ses organes paraissent sains.

Opération le 18 mars. Chloroforme. La tumeur étant repoussée par un aide vers le périnée, j'incise transversalement dans les limites de l'hymen et je décolle avec des ciseaux et les doigts la paroi uréthrale de la paroi rectale. Facilement, j'arrive ainsi sur la tumeur que je dénude sur une certaine étendue dans le but de l'attirer par la suite plus facilement en bas. Le cul-de-sac de la tumeur est ponctionné avec un trocart à hydrocèle et il s'écoule par la canule un litre de sang brun, couleur civet de lièvre, sans aucune odeur. La ponction est remplacée par une incision transversale et les bords de la poche vaginale attirés en bas sont suturés avec six ou sept points de catgut aux bords de l'incision vulvaire. L'index pénètre alors dans un vagin très dilaté et ne rencontre rien qui ressemble à un col utérin. Lavages intra-vaginaux au sublimé et au permanganate. Pansement à l'iodoforme. Suites très simples. Le cinquième jour, le doigt ne passe plus qu'avec difficulté; la vulve et le vagin paraissent vouloir se cicatriser un peu chacun de leur côté. J'introduis alors trois gros drains dans le vagin en les laissant saillir à la vulve; aujourd'hui, vous en trouverez quatre qui resteront jusqu'à ce que la cicatrisation entre vagin et vulve soit bien complète. La fillette les supporte très bien et ils permettent des irrigations quotidiennes au permanganate.

Quand je les ai introduits pour la première fois, il est sorti de nouveau une notable quantité de sang brun; depuis, à peine quelques glaires. Jusqu'alors pas de règles normales; mais il n'y a pas un mois que l'opération a été pratiquée.

D'un autre côté, par le toucher vaginal nous avons assisté à la reconstitution du col utérin. Il y a huit jours, il consistait en un simple hourrelet au fond du vagin, avec au centre un orifice admettant la dernière phalange de l'index. Hier, l'orifice s'était notablement rétréci et le col était plus reconnaissable. De même, les parois vaginales longtemps dilatées à l'extrême sont encore épaisses et rudes, comme un cuir.

(*Gazette des hôpitaux de Toulouse*, 31 juillet 1897, et *Semaine gynécol.*, n° 34, p. 370, 1897.)

Cancer utérin et grossesse, conduite à tenir dans le cas de cancer du col compliqué de grossesse.

M. Ch. Bosche (Thèse de Paris, 1896-1897). — La grossesse est possible dans le cas de cancer utérin et malgré la fréquence des avortements. Neryronis, Bourquet et Vosten ont observé cependant trois cas où le fœtus est arrivé à terme.

Pendant la grossesse, le cancer s'aggrave presque toujours; douleurs, écoulements sanienx, bémorrbagies; néanmoins le fœtus peut se développer.

Brault, ayant trouvé du glycogène dans les cellules néoplasiques, croit ponvoir expliquer de cette façon le développement régulier du fœtus dans les premiers mois de la grossesse et les chances moins probables d'avoir un fœtus vivant, à mesure que le terme normal est plus proche.

Traitement du cancer du col de l'utérus compliqué de grossesse. — L'auteur repousse les diverses méthodes qni ont été proposées dans le bnt soit d'interrompre la grossesse, soit de pratiquer une opération radicale sur le cancer avant l'époque normale de l'accouchement :

1° Parce qu'il lui semble immoral de pratiquer un avortement chez une femme qui a moins de chances de vie que le produit de sa conception;

2° Parce que le hénéfice de cette intervention lui semble tout à fait illusoire pour la mère.

Quand le fœtus est mort, il n'y a qu'à discuter l'opportunité d'une opération de cancer utériu.

L'avortement provoqué a été recommandé par bien des auteurs qui affirment :

1° Que la grossesse a sur la marcbe du cancer une influence fâcheuse;

2° Que l'accoucbement spontané est rare;

3° Que la partnrition est un danger imminent ponr la mère.

Peut-être pourrait-on pratiquer, dans les trois premiers mois, le curettage, mais Pozzi déclare que le diagnostic de grossesse est impossible cbez nne femme atteinte de cancer de l'ntérns avant le qnatrième mois.

Certains auteurs (Welponer entre autres) ont pratiqué l'ablation dn col cancéreux dans le seul bnt d'amener l'avortement; d'autres ont proposé ce moyen comme une métbode enrative dn cancer pendant la grossesse.

Mais ces pratiques sont condamnables, car si dans qnelques cas la mère a pu tirer de ce procédé nne amélioration momentanée, dans la majorité des cas le résultat est ponr elle défavorable. L'accouchement n'est en rien facilité, au contraire, et le fœtus court les plus grands risqnes.

L'accouchement ponrra être provoqué à partir du septième mois, si l'état dc la mère est alarmant, ou si l'affaiblissement des bruits dn cœnr fœtal faisait craindre une mort imminente.

Les indications au moment de l'accoucbement sont, suivant les cas :

a) Expectation et terminaison spontanée de l'accouchement.

b) Favoriser la dilatation dn col et terminer l'accouchement par une applicatiou de forceps.

c) Opération césarienne.

L'opération chirnrgicale de eboix, quand l'accouchement est impossible, est l'opération césarienne. L'opération de Porro n'est indiqnée qu'en eas d'infection ou si la césarienne ne peut absolument pas être effectuée.

(*Semaine gynécol.*, n° 34, p. 272, 1897.)

CHIRURGIE DES MEMBRES

Un cas de gangrène sèche des deux jambes comme complication de la fièvre scarlatine.

H. Littlewood et Pearson (de Leeds). — Le 14 septembre 1896, a été reçu à l'bôpital de Leeds nn garçon de 4 ans qui présentait les symptômes ordinaires de la fièvre scarlatine.

Le 17, c'est-à-dire le neuvième jour de la maladie, on aperçut de petites taches (qui semblaient être des hémorrhagies sous-cutanées) s'étendant aux extrémités inférieures jusqu'un peu au-dessus des genoux. Une ulcératiou a été en même temps remarquée sur les deux tonsilles qui étaient encore légèrement enflammées. La desquamation fut notée à la partie supérieure de la poitrine et de la nuque. La décoloration des jambes s'accentua de plns en plus.

Le 30, une ligne oblique de démarcation s'était formée à trois pouces au-dessus des genoux; en même temps, on constata une légère dilatation eardiaque. M. Littlewood se prononça pour nne amputation qui fut faite le 3 octobre à la jambe droite. Le petit malade se remit bien vite de cette opération et le 10 octobre, on procéda à une amputation de la jambe gauche. Il snpporta cette seconde opération mieux encore que la première, se remit rapidement et put qnitter l'hôpital le 3 novembre. Sous peu il sera en état de porter deux jambes artificielles. Les jambes coupées étaient sècbes et momifiées; la peau avait un aspect jannâtre translucide.

Ce cas offre nn intérêt particulier par ce fait que la fièvre scarlatine fut suivie d'une complication excessivement rare et ensuite par l'existence de la gangrène sèche cbez un individu aussi jeune.

(*The Lancet*, 10 juillet 1897 et *Indépend. méd.*, n° 34, p. 267, 1897.)

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 36 4 Septembre 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU.**

TRAVAUX ORIGINAUX

Tarsalgie double et lipômes symétriques de la voûte plantaire (1).

Par M. Ch. Féré, médecin de Bicêtre.

Dans l'histoire de la plupart des affections douloureuses et en particulier des affections douloureuses du pied, on trouve des faits où la guérison s'est effectuée en dehors de tout traitement local s'adressant à une lésion déterminée, mais à la suite d'un traitement général propre à modifier la nutrition et par conséquent à restaurer les fonctions nerveuses.

L'histoire de l'achillodynie (2), de la talalgie (3), de la métarsalgie (4), nous présente de ces faits, M. Reynier a montré aussi récemment (1) que la tarsalgie peut relever d'un état névropathique général, et il a avancé que les lésions osseuses mal définies signalées par divers auteurs pourraient être considérées comme des troubles trophiques liés à l'état du système nerveux. L'observation qui va suivre peut être, à plus juste titre que les faits antérieurs, citée à l'appui de cette opinion ; on y voit, en effet, à côté de l'algie tarsienne, une production locale de graisse qui paraît être liée à l'état général névropathique tout comme la douleur à laquelle elle a pourtant survécu. Notons d'ailleurs que si l'hystérie n'a été que tout récemment mis en cause dans l'étiologie de la tarsalgie, Descoqs avait déjà soupçonné le tempérament nerveux, et deux de ses observations ont vraisemblablement trait à des hystériques (2). Cette relation a disparu dans les monographies ultérieures (3) et Gosselin a continué à garder le silence à son sujet (4).

Observation

Mme B..., 34 ans, appartenant à une famille où les arthritiques et les cancéreux sont nombreux, mais où les maladies nerveuses et mentales sont inconnues. Le père, âgé de 70 ans, a les mains déformées par le rhumatisme chronique : un oncle paternel, plus âgé d'un an, est aussi atteint de cette maladie. La mère est morte à 54 ans d'un cancer du sein. Mme B... a une sœur unique, âgée de 36 ans, qui a des douleurs dans les petites jointures des mains, mais sans déformation.

Elle-même a toujours été d'une santé remarquable jusqu'à l'âge de 32 ans. A part la rougeole, la coqueluche et

(1) Extrait du *Progrès médical*, n° 35, 28 août 1897.

(2) Ch. Féré : *Note sur l'achillodynie hystérique (Rev. neurologique*, 1896, p. 321).

(3) Heldenbergh : *Des topoalgies professionnelles. De la talalgie (Belgique médicale*, 1896, t. II, p. 769).

(4) Ch. Féré : *Contrib. à l'étude de la métatarsalgie (Revue de Chirurgie*, 1897, p. 222).

(1) P. Reynier : *Pathogénie des déformations du pied connues sous le nom de pieds plats, pieds creux, valgus douloureux (Journ. des Praticiens*, 1896, p. 689).

(2) Descoqs : *De la tarsalgie des adolescents*, th. 1874, p. 17, 61, 63.

(3) Puy le Blanc : *Contrib. à l'ét. de la tarsalgie des adolescents* th. 1875. — Buvelot : *De la tarsalgie chez les adolescents*, th. 1877.

(4) Gosselin : *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, 3e éd., 1879, I. p. 200.

quelques angines, elle n'a jamais souffert, et les maux nerveux en particulier lui étaient inconnus : pas de sommeil, pas de névralgies, pas d'émotivité particulière. Elle est mariée depuis vingt-quatre ans, mais n'a jamais eu d'enfants, bien qu'elle n'ait aucune malformation ni aucun trouble fonctionnel des organes génitaux. Après huit ans de mariage, elle s'aperçut que son mari la trompait, et bien qu'elle n'eût jusque-là nullement souffert de ses longues négligences, elle fut profondément affectée ; elle essaya de lutter sans succès, son caractère s'altéra, l'insomnie devint presque complète, elle maigrit, devint essoufflée. Elle fut bientôt inquiétée par des troubles psychiques qui l'affectèrent d'autant plus qu'elle craignait qu'on ne les découvrît et qu'il lui en résultât un préjudice dans son procès en divorce. C'est une femme cultivée et habituée à s'exprimer dans un langage assez fleuri ; elle remarquait qu'il lui échappait des métaphores misérables, comme elles les appelle : ses anciennes tendances à exagérer étaient remplacées par des tendances inverses, elle ne faisait que des hyperboles en mineur. En outre, il lui arrivait souvent de répondre à ses propres pensées au milieu d'une conversation, de s'arrêter dans les rues en parlant seule. Presque chaque jour il lui arrivait, en montant un escalier quelconque, de tirer sa clé de sa poche et de la présenter à la serrure lorsqu'elle était arrivée à la porte, comme si elle était arrivée chez elle. Ces phénomènes d'automatisme s'accompagnaient d'accès d'indécision, d'aboulie, principalement après les repas où à la suite d'une fatigue quelconque. Au moment de son procès, un an environ après sa déception et le début de ses accidents, elle commença à éprouver des phénomènes nettement hystériques, étouffements, battements dans les tempes et bourdonnements dans les oreilles, surtout du côté gauche, algies sous forme de clou céphalique, de point latéro-mammaire gauche, puis d'un point ovarien aussi à gauche. Après qu'elle eut obtenu le divorce, les accidents, au lieu de s'atténuer, semblèrent s'exaspérer. Elle eut plusieurs crises de contracture de courte durée. L'appétit qui était resté passable devint très capricieux ; l'amaigrissement cependant n'était pas considérable.

C'est à la fin de juin 1896, que son attention commença à être attirée vers ses pieds par une tendance à la torsion qui s'y manifestait quand elle avait marché un peu plus que de coutume ou quand elle se sentait fatiguée par toute autre cause. Pendant un séjour de trois mois à la campagne où elle ne marcha que très peu, ces phénomènes disparurent et l'état général s'améliora. Sitôt qu'elle fut rentrée, au mois d'octobre, tous les troubles reparurent en s'exaltant, surtout les troubles de la marche et l'anorexie. Elle commença à souffrir d'une véritable panophobie, tout l'effrayait, et c'est à propos d'une émotion sans cause que la tarsalgie se révéla pour la première fois. Elle était debout sur la plateforme d'un tramway quand tout à coup elle fut, sans aucune cause, prise de peur et elle sauta sur le pavé. Elle ressentit dans les deux pieds une douleur tellement violente qu'elle poussa un cri et fut dans l'impossibilité de faire un pas. On la porta dans une voiture : quand elle fut assise la douleur diminua graduellement et arrivée chez elle, au bout d'un quart d'heure, elle put monter l'escalier de trois étages sans aucune douleur. Dans cette première crise, la douleur paraît avoir prédominé du côté gauche et avoir été localisée exclusivement à la partie interne de l'articulation médio-tarsienne.

Depuis cette époque, la douleur s'est reproduite chaque fois qu'elle marchait plus d'un quart d'heure ou vingt minutes ; commençant par un endolorissement obscur qui devenait de plus en plus pénible et enfin intolérable. Peu à peu la douleur s'est produite de plus en plus tôt, et la marche est devenue à peu près impossible ; souvent la malade ne pouvait pas rester debout plus de cinq minutes. Mais c'était surtout son amaigrissement qui inquiétait sa famille et l'amena à exiger qu'elle se fît soigner. C'est vers la fin de septembre qu'elle s'aperçut de l'existence de grosseur sous l'arcade plantaire.

Le 2 décembre 1896, la malade était très amaigrie, elle ne pesait que cinquante-deux kilogrammes, elle avait perdu seize kilogrammes depuis le mois de juin, la face était livide, le nez bleuâtre, les extrémités froides et visqueuses, la respiration était superficielle et irrégulière. Cependant elle s'excitait facilement, parlait avec volubilité et malgré la douleur qu'elle savait provoquer elle se levait souvent pour arpenter sa chambre avec rapidité pendant quelques minutes ; mais elle devait s'arrêter bientôt : en même temps que la douleur, elle sentait dans les muscles des jambes une raideur pénible. Elle témoignait d'une grande indifférence pour son état, affirmant que c'était mieux pour elle de mourir. Elle accusait un dégoût pour tous les aliments indistinctement, elle n'avait jamais aucun désir de manger ; cependant, en la pressant, on arrivait à lui faire prendre une petite quantité des mets qui se trouvaient sur la table et qui jamais ne provoquaient de vomissements. Quant aux boissons, elle les refusait à peu près absolument. Il existait une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche bien manifeste, avec des points douloureux dans les régions déjà indiquées. La pression sur la région ovarienne gauche déterminait une sensation de boule remontant à l'épigastre et à la gorge ; l'anesthésie pharyngée était bien marquée.

Les deux pieds présentaient à première vue une forme absolument normale à leur face supérieure, le dos du pied avait sa cambrure naturelle. Mais la voûte plantaire était en partie comblée par une saillie hémisphérique commençant en arrière au niveau d'une ligne verticale prolongeant la malléole interne et s'arrêtant en avant de la partie moyenne du premier métatarsien. Cette tumé-

faction symétrique avait cinq centimètres et demi dans le sens antéro-postérieur et quatre centimètres et demi dans le sens transverse, elle faisait une saillie qu'on pouvait évaluer à deux centimètres et demi. Elle présentait une consistance molle et lobulée, s'amincissant insensiblement à la périphérie. Aussi bien à droite qu'à gauche, cette tumeur était absolument indolente à la pression. En raison de cette indolence, la malade, qui s'était aperçue d'une tuméfaction un peu plus de deux mois auparavant, n'y avait attaché aucune importance. Elle croit que les deux tumeurs ont bien doublé de volume depuis cette époque.

Dans le décubitus, après une demi-heure de repos, la malade n'éprouvait aucune douleur dans les pieds, mais, des deux côtés de l'articulation médio-tarsienne, la pression provoque une douleur surtout intense du côté interne qu'on atteint facilement en déprimant en bas la tumeur graisseuse. La douleur est bien limitée au-dessous et en avant de la malléole interne, au niveau de l'articulation astragalo-scapboïdienne. C'est en ce point que la douleur s'est manifestée pour la première fois et qu'elle se produit d'abord après la marche. En dehors, la douleur prédomine au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, mais la pression sur le cuboïde est aussi douloureuse. Ces deux points douloureux existent aux deux pieds: mais la douleur prédomine à gauche, et, de ce côté, la pression provoque aussi de la douleur en avant et au-dessous de la malléole externe au niveau de l'articulation calcanéo-astragalienne. Ce point douloureux n'existe pas à droite.

Quand on examine le pied après que la malade a marché sept ou huit minutes, que la raideur et la douleur se réveillent, on constate que le pied est dévié en dehors et que son bord externe se relève, tandis que la voûte parait abaissée; les mouvements de latéralité du pied ne se produisent plus comme tout à l'heure: tandis que les mouvements de flexion et d'extension directe sont encore possibles; les muscles péroniers latéraux sont contractés et font une forte saillie; l'extenseur commun, l'extenseur propre du gros orteil, le jambier antérieur sont aussi rigides. Si on prend d'une main l'avant-pied, et si de l'autre on percute la partie postérieure du talon, on provoque de la douleur aux points sensibles à pression directe. Au bout de quelques minutes de repos, les muscles se relâchent et le pied reprend sa forme et sa mobilité latérale. La sensibilité cutanée des deux pieds a été étudiée avec soin, le pied gauche est anesthésique dans la même mesure que la jambe gauche, le pied droit est sensible comme la jambe droite, et il n'existe pas de dysesthésie cutanée au niveau des points douloureux profonds.

Le traitement s'est adressé exclusivement à l'anorexie. La malade a été soumise à des inhalations d'oxygène qui ont ramené rapidement l'appétit. Au bout de deux semaines, l'alimentation surabondante est devenue possible. Les pieds n'ont subi aucune contention. La malade a continué à se lever dans son appartement, et à marcher jusqu'à la limite de l'indolence qui retardait à mesure que l'état général s'améliorait.

Le 6 février elle pesait soixante et un kilogrammes. Les troubles de la sensibilité avaient considérablement diminué. Les points douloureux, sauf le point ovarien, avaient disparu, et, depuis huit jours, les pieds étaient restés tout à fait indemnes de douleurs malgré une marche de plusieurs heures. Les tumeurs plantaires n'avaient subi aucun changement. La malade a été revue à la fin d'avril, elle avait encore gagné quatre kilogs; les douleurs tarsiennes ne s'étaient reproduites en aucune circonstance; l'état mental paraît restauré *ad integrum*, mais il reste encore des traces de l'hémianesthésie principalement dans la vision et les tumeurs plantaires gardent la place acquise.

Plusieurs particularités de cette observation méritent d'être relevées. Signalons d'abord la tendance aux entorses qui s'est manifestée peu de temps avant l'apparition de la douleur. C'est un fait qu'on retrouve dans une observation antérieure (1) et qui peut s'expliquer en partie par une laxité anormale des ligaments déjà admise par Gabot (2) et surtout par la diminution de l'action musculaire, conséquence de la fatigue. C'est un fait bien anciennement connu que les muscles jouent le rôle de ligaments actifs et que la diminution de leur tonicité peut favoriser les déplacements articulaires (3), et Bazy a montré en particulier la valeur de l'atrophie musculaire comme cause de douleurs articulaires (4).

On pourrait donc être tenté de subordonner la douleur à l'hypotonie ou relâchement des muscles, sous l'influence d'une fatigue aiguë ou chronique, et d'accepter l'interprétation signalée par M. Péan dans un rapport sur un mémoire présenté à l'Académie de Médecine (5).

« **M. Bloch**, dit le rapporteur, estime que le pied plat acquis douloureux, auquel il donne le nom de tarsoptose, est caractérisé par l'excès de laxité des ligaments qui

(1) Chopinet : *De la tarsalgie des adolescents*, th. 1874, p. 27.

(2) Gabot : *De la tarsalgie ou arthralgie tarsienne des adolescents*, th. 1866, p. 18.

(3) Ch. Féré : *Note sur des entorses symptomatiques (entorses par hypotonie)* (*Revue de Chirurgie*, 1897, p. 39.)

(4) P. Bazy : *De l'atrophie musculaire comme cause de douleurs articulaires* (*Progrès médical*, 1889, I, p. 213.)

(5) *Sur un travail de M. Maurice Bloch relatif à la tarsoptose et à la tarsalgie* (*Bull. Acad. Méd.*, 3e série, t. XXXVII, p. 410, 8 juin 1897.)

relient entre eux et aux os voisins les trois cunéiformes et le cuboïde. Cet excès de laxité serait dû, suivant lui, à ce que ces os et leurs articulations ne seraient plus assez solidement maintenus dans leurs rapports normaux par l'action des muscles jambiers antérieurs et péroniers latéraux. Il aurait remarqué que ces muscles, tout en étant antagonistes, ont un rôle commun qui est celui de maintenir la convexité du pied et tout particulièrement l'union des trois cunéiformes. En effet, dit-il, si l'un de ces muscles vient à succomber, et si l'autre ne vient pas à son aide, en vertu des lois de la synergie, ces os se disjoignent, et le poids du corps aidant, s'abaissent du plus en plus du côté de la plante du pied. Cet abaissement ne se fait pas seulement dans le sens vertical; il se fait en même temps dans le sens transversal et de dedans en dehors en refoulant le cuboïde. Il en résulte que, en même temps qu'il s'aplatit, le pied s'élargit du côté externe. Dans la majorité des cas, le bord interne du pied résiste à la déformation, à cause de la solidité plus grande des ligaments qui existent de ce côté.

» Dans le travail qu'il nous a soumis, M. Maurice Bloch déclare qu'il n'y a pas lieu de conserver au pied plat acquis douloureux le nom de tarsalgie qui lui a été donné par Gosselin, et qu'il est préférable de lui donner celui de tarsoptose douloureuse, puisqu'il existe dans les articulations du tarse d'autres affections qui rendent la marche pénible, qui ont une symptomatologie différente et qui nécessitent un autre mode de traitement. »

Que la fatigue puisse produire un certain affaissement de la voûte plantaire, on n'en peut guère douter quand on voit que sous l'influence de la station prolongée ou de la marche, l'empreinte plantaire s'élargit et se rétrécit au contraire par le repos (1).

Cependant, dans le cas actuel comme dans la plupart de ceux qui on été publiés par Gosselin et ses élèves, la tarsoptose primitive ne peut guère être prise sur le fait. L'élargissement de l'empreinte de la plante du pied sous l'influence de la fatigue ne caractérise pas du tout un valgus, elle trahit une simple extension des ligaments qui se rétablit par le repos. D'autre part, dans un grand nombre de cas, la douleur apparaît à la suite d'une pression brusque et exagérée : alors encore il y a distension des ligaments et non ptose. Enfin la tarsalgie peut exister sans déviation du pied (tarsalgie sans contracture de Gosselin), et le plus souvent la déviation ne se produit que quand la douleur a été provoquée par la station ou la marche. Ajoutons que souvent le repos supprime la déviation et laisse persister la douleur qu'on peut au moins réveiller par la pression.

Les auteurs anciens qui ont considéré la déviation comme primitive et cause de la douleur n'ont pas observé la diminution de tonicité musculaire que nécessite la ptose, ils ont vu de la contracture, tellement qu'ils ont proposé la ténotomie (J. Guérin, Bonnet) et qu'ils ont imposé au complexus symptomatique des noms caractéristiques de crampe du pied (Nélaton), contracture du long péronier ou pied creux, valgus par contracture du long péronier (Duchenne, de Boulogne) (1).

Gosselin a vu que la contracture et la déviation pouvaient disparaître, la douleur persistant, et il en a conclu que l'algie était le fait primitif. Jusqu'à présent, cette interprétation n'a pas été combattue victorieusement au moins en ce qui concerne la généralité des faits.

L'algie provoque des déviations variables et elle-même paraît favorisée par le terrain. C'est sur ce dernier point que M. Reynier a insisté avec raison à mon avis, et certaines circonstances de l'observation actuelle viennent à l'appui du rôle de la névropathie.

La tarsalgie s'est montrée bien longtemps après l'adolescence, la croissance rapide souvent invoquée (2) n'y est pour rien, ni les autres conditions les plus ordinaires, rhumatisme, scrofule, etc.; la douleur est apparue à propos d'un traumatisme très léger, mais au cours de l'évolution d'un état névropathique dont elle a suivi la marche. La relation chronologique n'est pas douteuse.

Une autre particularité du cas qui me paraît avoir une grande importance dans l'espèce, c'est la coïncidence dans les régions douloureuses de lipômes symétriques. Les lipômes symétriques, les lipômes multiples, les lipômes diffus, ont en effet des relations étroites avec les névropathies, tellement qu'on les a considérés comme les manifestations d'une trophonévrose. Les lipômes multiples se rencontrent chez des individus souffrant, soit des troubles mentaux, soit des troubles convulsifs (Targowla, Paton, Létienne,

(1) Ch. Féré et G. Demantké : *Note sur les variations de forme de la plante du pied sous l'influence du repos, de la stature et de la marche* (*C. R. Soc. de Biol.*, 1891, p. 387.) — *Etude sur la plante du pied et en particulier sur le pied plat considéré comme stigmate de dégénérescence* (*Journ. de l'Anat. et de la Phys.*, 1891, p. 442).

(1) Duchenne (de Boulogne) : *De l'électrisation localisée*. 3e édit., 1872, p. 1.003.

(2) Froustey : *De la tarsalgie et principalement de ses symptômes et de son traitement*, th. 1873.

Clans) (1); chez des tabétiques (2), chez des basedowiens (3); on peut les considérer comme des associations tératologiques, surtout lorsqu'ils n'ont aucun rapport avec les localisations morbides des maladies avec lesquelles ils coïncident. Mais lorsque leur siège est en rapport avec certaines localisations douloureuses comme on le voit dans l'observation actuelle et comme on le peut voir encore dans d'autres circonstances (4), chez les ataxiques par exemple, ils méritent bien d'être rapprochés des œdèmes névropathiques à formes si variées (5) qui se manifestent dans les mêmes conditions (Mathieu et Weil). Les rapports étiologiques des œdèmes locaux et des productions graisseuses ont du reste été relevés depuis longtemps par M. Potain.

La coïncidence locale de lipômes symétriques avec une affection douloureuse, ne peut donc que mettre en lumière le rôle du terrain révélé d'ailleurs par d'autres manifestations névropathiques.

DOUZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL
DES
SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

SECTION DE CHIRURGIE

Sur la pérityphlite.

M. Roux (de Lausanne). — Mon expérience est actuellement basée sur plus de 560 observations d'appendicite. J'ai eu l'occasion d'opérer à tous les instants, entre quinze heures et plusieurs semaines après le début de l'affection. J'ai pu observer toutes les formes et toutes les complications. Dans plus de 200 opérations à froid, j'ai été à même de voir comment se comporte l'appendice après une ou plusieurs crises.

Je crois qu'il n'y a entre les diverses formes d'appendicite qu'une différence de virulence et que la colique appendiculaire n'est pas une maladie.

Tous les cas d'appendicite marchent à la suppuration et à la nécrose partielle ou totale si on leur en laisse le temps.

Les formes très légères, correspondant à ce que l'on a appelé la colique appendiculaire, rétrocèdent en peu de jours. Les formes les plus graves, très rares, causent la mort par septicémie, par péritonite ichoreuse, parce que le chirurgien arrive généralement trop tard. Mais la plupart des cas de mort sont dus à une *perforation secondaire*, parce qu'on n'est pas intervenu à temps contre la péritonite purulente localisée qu'on observe d'ordinaire. Ces cas, de beaucoup les plus nombreux, doivent être opérés au domicile même du malade, par le médecin de campagne, en évitant le transport à l'hôpital.

Pour que l'intervention ne soit pas plus dangereuse que la maladie elle-même, il convient, avant d'opérer, d'attendre que l'abcès soit accessible par le flanc, le rectum ou le vagin, ce qui arrive habituellement du cinquième au septième jour.

Il faut toujours penser à la forme méso-cœliaque de l'appendicite, car alors on ne sent pas l'exsudat solide enfoui dans la profondeur, derrière les anses intestinales ballonnées. On ne perçoit et on ne percute que l'exsudat séreux ou séro-purulent qui se rencontre toujours, en cas de pérityphlite dans la grande cavité péritonéale.

Cette forme ressemble à s'y méprendre à une péritonite généralisée, mais si l'on attend un ou deux jours, elle évolue comme les autres, et on peut inciser plus tard l'abcès par le rectum ou le vagin. Si on opère au moment de la sidération péritonéale du début, on tue les malades qui ont un pouls très rapide et filant, et l'on n'obtient la guérison que lorsque l'état des forces est relativement bon.

Les chirurgiens qui opèrent tous ces cas se consolent facilement des terminaisons fatales en disant qu'il s'agissait d'une péritonite généralisée.

Pour ma part, je préfère l'expectation, qui ne fait périr personne, et, après deux ou trois jours, j'ouvre simplement l'abcès dans le point où il se trouve accessible.

La pérityphlite suppurée doit être opérée par le praticien de campagne; il perdra, comme le chirurgien, les sujets atteints de septicémie et de péritonite ichoreuse, mais il sauvera, *en les traitant à domicile*, ceux qui sont menacés de perforation secondaire.

Je maintiens donc la conclusion que je défends depuis nombre d'années, puisque sous le nom d'*opération hâtive*, je n'ai fait que préconiser l'incision *dès que l'abcès est accessible sans ouverture du péritoine*. Je n'ai jamais songé à imiter les Américains, car dans nos pays on n'arrive que rarement assez tôt auprès du patient pour supprimer l'appendice dans les premières heures, ce qui

(1) Ch. Féré : *La parenté morbide des tumeurs (Journ. des Conn. méd. pratiques*, 1896, p. 355).

(2) M. Scherkassow : *Un cas de lipomatose multiple symétrique chez un tabétique (Revue neurologique*, 1897, p. 81).

(3) R. Verhoogen : *Lipômes multiples et symétriques avec autres troubles trophiques et vaso-moteurs dans un cas de goître exophtalmique (Journ. méd. de Bruxelles*, 1897, p. 305).

(4) Ch. Féré : *Disparition sous l'influence d'un érysipèle d'un pseudo-lipôme sous-claviculaire chez un ataxique. (La Belgique médicale*, 1896, t. IV, nº 7).

(5) M. Lourier : *Etude de l'œdème névropathique éléphantiasique*, th. 1897.

serait sans doute l'idéal si tous les malades vivaient dans un hôpital.

A froid, j'opère tous les cas, même après une seule crise, car il n'existe absolument aucun moyen d'empêcher les récidives, quoiqu'on ait dit. L'opération d'ailleurs, dans ces conditions, est sans danger. J'ai soin actuellement de dissocier les plans musculaires parallèlement à la direction de leurs fibres, de façon à éviter la hernie et l'éventration. Il ne faut jamais intervenir avant six à huit semaines après la guérison du dernier accès.

M. Kümmell (de Hambourg). — Depuis 1889 j'ai pratiqué 103 opérations à froid pour appendicites à répétition et j'ai obtenu la guérison dans tous les cas. Comme substratum anatomique des coliques appendiculaires j'ai trouvé des lésions variées, telle que la simple inflammation diffuse qui rend l'appendice turgescent comme un organe érectile, des ulcérations, des rétrécissements et enfin des perforations avec issue de matières fécales. J'estime qu'un abcès peut se produire même en l'absence de perforation. Quant à ma manière de procéder pendant l'accès, elle est essentiellement conservatrice. Sur 400 cas non opérés, la mortalité n'a été que de 5 0/0. Dans l'appendicite à répétition j'ai coutume d'intervenir après le troisième accès.

M. Snnaenburg (de Berlin). — J'ai opéré pendant le premier accès dans 90 0/0 de cas de perforation de l'appendice sans complications, dans 74 0/0 de cas compliqués, dans 90 0/0 de cas d'appendicite gangréneuse, et j'ai toujours constaté l'existence de lésions anatomiques déjà avancées. J'estime donc que l'appendicite présente souvent, au début, une évolution latente. Sur 100 appendicites à foyer purulent circonscrit que j'ai opérées durant l'accès, je n'ai enregistré que des guérisons. En conséquence, je suis d'avis qu'il faut intervenir même en plein accès, afin d'éviter des complications ultérieures.

M. Le Dentu se range à l'avis de M. Roux en ce qui concerne les interventions pendant l'accès. Il n'opère que lorsque les symptômes cliniques indiquent l'existence d'une gangrène aiguë de l'appendice vermiforme.

M. Grinda (de Nice). — Je voudrais vous exposer sommairement les avantages et les indications, dans le traitement opératoire des appendicites suppurées, d'une incision qui suit le bord externe de la masse sacro-lombaire et s'incurve dans sa partie inférieure pour se prolonger parallèlement et au-dessus de la crête iliaque jusqu'à trois centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Cette incision lombo-iliaque est indiquée dans tous les cas où les signes locaux permettent de croire à la présence d'un abcès rétro-cœcal. On se basera surtout, pour ce diagnostic, sur l'existence d'une douleur vive au niveau du triangle de J.-L. Petit alors que le point de Mac Burney n'est que peu ou pas douloureux, sur une sensation particulière de plénitude et de résistance dans le flanc droit, sur la sonorité de la fosse iliaque droite.

Dans les cas où le siège de l'abcès est indéterminé, où l'on n'a ni empâtement diffus, ni submatité dans la fosse iliaque droite, c'est encore à l'incision lombo-iliaque qu'on peut avoir recours. Si, en effet, l'appendice, au lieu de siéger en arrière, est situé latéralement ou en avant du cæcum, il est facile de l'atteindre en décollant les adhérences d'arrière en avant, grâce à la partie iliaque de l'incision.

L'incision lombo-iliaque permet de découvrir le cæcum et l'appendice par la voie la plus directe et la plus sûre. Elle expose moins que l'incision classique à l'infection du périloine et évite la dissection difficile et dangereuse des anses d'intestin grêle souvent interposées entre le cæcum et la paroi abdominale antérieure. Elle assure par sa situation un drainage parfait qui rend la guérison plus rapide. Enfin, elle met presque sûrement à l'abri des éventrations.

Sur un nouveau mode de traitement du sac dans la cure radicale des hernies.

MM. S. Duplay et **M. Cazin** (de Paris). — Le nouveau procédé que nous avons décrit pour la cure radicale des hernies inguinales et dont nous pouvons maintenant apprécier les résultats éloignés chez la plupart de nos opérés comporte deux points principaux, qui sont : 1° la *conservation du sac*, que l'on utilise pour contribuer à la solidité de la cicatrice herniaire, au lieu de le réséquer comme on le fait habituellement ; 2° la *suppression des fils perdus*, chaque fois que la chose est possible *sans que la cure radicale en soit compromise*.

Charles Ball, en préconisant la torsion du sac, pensait qu'on obtenait ainsi une fermeture plus complète qu'avec la simple ligature, et que, d'autre part, la torsion du sac avait pour effet de tendre le péritoine et de supprimer de cette façon la laxité anormale de la séreuse, qui favorise la production des hernies.

Phelps a réalisé entièrement la conservation du sac, en le repliant en doigt de gant dans l'intérieur du péritoine, avant de serrer la ligature en bourse placée sur le collet, et Macewen transforme le sac, par un pelotonnement maintenu à l'aide d'un long fil de catgut, en un bouchon solide qu'il fixe à deux centimètres environ au-dessus de l'anneau inguinal supérieur.

Dans notre procédé, sans employer le moindre fil de soie ou de catgut, nous transformons le sac, par une série de nœuds successifs, en une sorte de bouchon compact qui, en se fusionnant avec les parties voisines, finit par constituer, entre le péritoine et le *fascia transversalis* une masse cicatricielle obstruant complétement l'orifice herniaire.

Le deuxième point qui caractérise notre méthode, c'est-à-dire la *suppression des fils perdus*, est loin d'être

applicable à tous les cas, comme le mode de traitement du sac que nous avons imaginé.

C'est que, en effet, quand on se trouve en présence d'une paroi abdominale tout à fait faible, avec un large anneau qui représente à lui seul le trajet inguinal, la méthode de Bassini est indispensable pour assurer la cure radicale de la hernie, et il n'est pas possible alors de se passer des fils perdus.

Il n'en est pas de même lorsqu'on a affaire à une hernie congénitale, par exemple, avec un canal étroit, chez un sujet jeune, pourvu d'une paroi abdominale résistante. Lorsque, après avoir noué plusieurs fois le sac sur lui-même, on a constitué ainsi un bouchon solide, interposé entre le *fascia transversalis* et le péritoine, et réalisant une obturation complète de l'orifice supérieur du canal inguinal, il est inutile de recourir à des sutures profondes à fils perdus et il suffit, pour obtenir une cicatrice solide, de passer deux ou trois fils d'argent sur les piliers et de les rapprocher ainsi l'un de l'autre.

Quelle que soit la rareté des accidents immédiats ou tardifs développés au niveau d'un fil abandonné dans les tissus, il n'est pas sans intérêt de supprimer ainsi l'emploi des fils perdus dans la cure radicale des hernies, pourvu, nous le répétons, qu'on puisse le faire sans compromettre la solidité de la cure radicale.

Lorsqu'on renonce aux fils de soie pour se servir exclusivement de fils résorbables, comme le catgut, on peut alors reprocher à ces fils leur trop grande tendance à la résorption prématurée, et l'on est en droit de penser qu'ils ne réalisent pas une coaptation des tissus aussi parfaite que les fils métalliques laissés en place pendant une dizaine de jours.

Indépendamment des cas dans lesquels nous avons cru devoir réaliser la cure radicale par le procédé de Bassini, en nous bornant à traiter le sac suivant notre procédé, nous avons, depuis le mois de mai 1896, pratiqué 33 fois la cure radicale de la hernie inguinale *sans fils perdus*.

Toutes ces opérations ont été suivies de guérison sans le moindre incident. Nous avons pu revoir, tout récemment, 27 de nos opérés: pour 4 d'entre eux, l'opération ne date que d'un à cinq mois; pour les 23 autres, elle remonte à plus de six mois, et, pour 11 d'entre eux, à plus de onze mois. Chez tous, nous avons constaté la solidité parfaite de la cicatrice. En admettant avec M. Lucas-Championnière que les récidives, quand elles doivent se produire, surviennent dans les six mois qui suivent l'opération, nous pouvons considérer 23 de nos opérés comme définitivement guéris.

200 opérations radicales de hernies abdominales.

MM. Corvin et **Vicol** (de Jassy). — Sur 200 cas d'opérations de cure radicale de hernies pratiquées sur 190 individus et comprenant 193 hernies inguinales, 1 hernie crurale et 1 hernie ombilicale, nous n'avons eu aucun cas de mort.

Pour la hernie inguinale, nous avons, dans la plupart des cas, employé le procédé de Lucas-Championnière.

Au point de vue des résultats immédiats, nous avons eu 176 guérisons par première intention, 3 cas de suppuration profonde et 21 cas de suppuration très superficielle, dont 9 sont dus à l'élimination immédiate et partielle de la soie employée pour suturer la paroi antérieure du canal.

Parfois la soie a été éliminée tardivement (un à deux mois et même sept mois après l'intervention chez quatre opérés).

La proportion des cas d'élimination de la soie a été de 13 sur 119 opérés pour lesquels on avait employé cette matière, les autres sutures ayant été faites avec du catgut.

Au point de vue des résultats éloignés, il y a 12 récidives constatées.

Ajoutons en terminant que, pour 188 opérations, nous n'avons employé que la cocaïne selon la méthode de Reclus, et que nous nous en sommes toujours très bien trouvés. Nous n'avons observé que rarement des accidents de cocaïnisme, consistant seulement en une légère nausée qui disparaissait bientôt. En revanche, les avantages que procure cette méthode anesthésique dans l'opération radicale de la hernie sont considérables.

Sur l'exclusion totale de l'intestin avec occlusion totale.

M. Roman von Baracz (de Lemberg). — J'ai recommandé le premier l'exclusion totale de l'intestin avec occlusion. Bien que quatre opérations de ce genre exécutées par Obalinski, Friele, Wiesinger et moi-même aient donné de bons résultats, ce procédé a été critiqué et condamné. J'ai donc cherché à résoudre la question expérimentalement. Mes expériences, instituées sur des chiens, sont au nombre de quinze. Voici la technique que j'ai suivie: la cavité abdominale étant ouverte, je recherchais une partie du gros intestin (côlon ascendant ou transverse, iléo cæcum), j'évacuais son contenu dans les parties voisines, et je sectionnais l'intestin en deux points entre des pinces à forcipressure ou entre des ligatures élastiques; je lavais la partie à exclure avec quelques litres de la solution physiologique de chlorure de sodium et je suturai les deux bouts. La longueur de la partie à exclure a été de douze à quarante-cinq centimètres. Pour simplifier l'entérorrhaphie des deux bouts supérieur et inférieur, j'ai eu recours soit à une nouvelle suture intestinale (suture de Landerer modifiée), soit au bouton de Murphy ou à la suture de Senn. La partie exclue était abandonnée dans la cavité abdominale et la plaie abdominale fermée.

Les résultats ont été mauvais: 5 chiens sont morts

d'étranglement interne produit par le glissement d'une anse intestinale voisine dans l'ouverture du mésentère non suturée ; 2 chiens ont succombé à l'insuffisance des sutures, 1 autre à une péritonite produite par la pince à forcipressure, 5 à l'exclusion elle-même ; 2 chiens seulement sont encore vivants à l'heure actuelle, c'est-à-dire deux cent vingt-sept et deux cent trente jours après l'opération.

Les cas les plus intéressants sont ceux où l'exclusion a été la cause de la terminaison fatale. Dans un cas, il s'agissait de gangrène de l'anse intestinale sur son bord libre ; dans un autre, la suture d'un bout exclu a cédé à la pression du gaz contenu dans l'anse exclue, cinquante-cinq jours après l'opération ; trois chiens ont succombé soixante-dix-sept, cent trente-quatre et cent soixante-dix-huit jours après l'opération, à une péritonite consécutive à l'accumulation de liquide fécaloïde dans l'anse exclue ; celle-ci contenait le bacterium coli commune en culture pure et présentait des ulcérations de la muqueuse avec tendance à la perforation du côté du péritoine. La longueur de l'anse exclue dans ces trois cas a été de dix, douze et quinze centimètres. Le contenu accumulé était chyleux, épais, jaunâtre ou chocolat clair, d'odeur fécaloïde ; la quantité de cette matière était de quatre, quatorze et quarante-cinq grammes. Les parois de la partie exclue était fortement épaissies ; l'anse même était médiocrement remplie, en forme de saucisson et soudée avec les anses voisines par de fortes brides fibreuses, à un tel point qu'on ne pouvait la retrouver qu'avec difficulté.

Me basant sur ces expériences, j'en arrive aux conclusions suivantes :

1° L'exclusion intestinale totale avec occlusion est un procédé beaucoup plus compliqué que l'exclusion sans occlusion, parce que l'anse à exclure doit être désinfectée, ce qu'on n'obtient qu'avec la plus grande difficulté ; de plus, en pareil cas, le péritoine se prête aisément à l'infection ;

2° L'anse exclue peut produire une grande quantité de matière fécaloïde, contenant de nombreux colibacilles ; la cause de ce processus est vraisemblablement le manque de désinfection parfaite. Les bactéries restées dans l'intestin irritent la muqueuse et déterminent la formation de cette matière ;

3° Par suite d'une irritation répétée de la part des matières accumulées et en raison du défaut de nutrition des parois de l'intestin, des ulcérations se forment après un laps de temps variable sur la muqueuse de l'intestin exclu, ce qui facilite la migration des bactéries vers la séreuse et engendre ainsi des abcès fistuleux avec perforation consécutive ;

4° L'exclusion totale de l'intestin avec occlusion présente chez les chiens de grands dangers, et, en conséquence, ne doit pas être pratiquée chez l'homme.

Traitement du mal de Pott.

M. Calot (de Berck-sur-Mer). — Sur 204 redressements pour gibbosités pottiques, j'ai perdu 2 enfants dans les jours qui ont suivi l'intervention, et 3 autres dans les trois ou quatre mois consécutifs ; de ces derniers l'un est mort de bronchopneumonie et les deux autres de méningite.

J'ai observé deux abcès par congestion de nouvelle formation, mais par contre d'anciens abcès se sont résorbés. Actuellement je recherche la disparition de l'abcès avant de procéder au redressement.

L'existence d'une paralysie est une indication pour le redressement. Sur 8 enfants paralysés chez lesquels j'ai pratiqué le redressement, 6 ont guéri de leur paralysie dans les dix jours qui ont suivi, tandis que chez les deux autres le résultat a été nul. Une paralysie est survenue quinze jours après l'intervention.

Vingt de mes malades marchent droits ; presque tous conservent encore et conserveront longtemps un petit corset par mesure de précaution. Ils n'ont été autorisés à marcher que lorsque la radiographie a permis de constater la réparation des lésions vertébrales. C'est là le seul critérium auquel on doive attacher une réelle valeur.

Dans cette voie nouvelle, nous ne pouvons pas savoir encore exactement quelles sont les limites que l'on pourra atteindre, mais que l'on ne devra pas dépasser.

Ce qui est acquis dès maintenant, c'est que l'on pourra obtenir une correction notable des grosses et vieilles gibbosités encore en évolution, et la correction intégrale des petites gibbosités, c'est-à-dire la guérison parfaite sans difformité de tous les maux de Pott à venir.

M. Jonnesco (de Bucharest). — J'ai réduit treize gibbosités pottiques par le procédé de Calot, en lui faisant subir quelques modifications.

Je n'ai jamais eu recours à une opération sanglante préliminaire, et je crois que la résection des apophyses épineuses est inutile et même dangereuse.

J'ai remplacé la traction manuelle par la traction mécanique à l'aide de moufles, et grâce à la continuité de ce mode de traction, je n'ai jamais dépassé quatre-vingt kilogrammes ; la force moyenne que j'emploie ne dépasse guère quarante-cinq à cinquante kilogrammes, tandis que Calot dit avoir réalisé des tractions allant jusqu'à cent vingt et cent quatre-vingt kilogrammes mesurés au dynamomètre. Ce point n'est pas négligeable, car il est certain qu'une traction trop forte peut présenter des inconvénients.

Enfin, pour l'appareil plâtré, j'ai remplacé la forte couche d'ouate par un simple gilet de flanelle comme dans l'appareil de Sayre. Cette modification a un grand avantage, car l'ouate se tasse et plus tard le malade peut faire certains mouvements dans son appareil, d'où

il résulte parfois des eschares et la reproduction de la gibbosité.

M. P. Redard (de Paris). — Me basant sur l'examen de trente-deux cas de gibbosités pottiques que j'ai redressées, j'admets que la réduction de cette déviation vertébrale doit être acceptée en principe, à la condition qu'elle soit exécutée prudemment et sans danger d'accidents primitifs ou consécutifs sérieux.

J'insiste sur ce fait que quelques gibbosités sont facilement réductibles, d'autres assez facilement réductibles, d'autres irréductibles.

Je suis partisan de la réduction pour les gibbosités réductibles, mais je considère la réduction des gibbosités anciennes, confirmées, ankylosées, comme très dangereuse.

Dans mes trente-deux cas j'ai obtenu d'excellents résultats sans aucun accident primitif ou consécutif, en opérant le redressement sans violence, à l'aide d'un appareil spécial, par la simple extension du rachis sans pression directe sur la gibbosité. La force développée pour la réduction doit être mesurée, sans brusquerie ni violence.

Les paraplégies récentes, à début brusque, et même quelques paraplégies anciennes, peuvent être avantageusement traitées par la méthode de la réduction.

Les abcès froids volumineux, la généralisation tuberculeuse, les affections cardio-pulmonaires sont des contre-indications à la réduction.

(*Semaine Médicale.*)

Sur la pathogénèse des calculs urinaires.

M. Wilhelm Ebstein (Göttingen). — Le développement de tout calcul urinaire présuppose l'existence d'une substance organique (albuminoïde) qui est indispensable à la formation du noyau, à moins que ce dernier ne soit formé par un corps étranger. Cette substance albuminoïde, produite de différentes manières dans l'organisme des sujets atteints de lithiase, fournit, aussi bien pour la formation du noyau que pour le développement des calculs urinaires avec les autres substances contribuantes (acide urique et ses composés, oxalates, phosphates, etc.), la base constante des concrétions, petites et grandes à partir du sable urinaire jusqu'aux calculs volumineux qui exigent une intervention opératoire. La croissance des calculs urinaires, — et ceci est la base fondamentale qu'ont établie mes recherches sur la pathogénèse des calculs urinaires — se fait toujours par apposition et notamment en partie par formation de fibres radiales concentriques, en partie par dépôt de masses cristallines irrégulièrement disposées; en partie par combinaison de ces deux modes, mais en tout cas avec le concours de la substance organique (albuminoïde) ci-dessus mentionnée. Si cette dernière fait défaut, le calcul cesse de croître. L'exactitude de cette doctrine est prouvée non seulement par l'analyse chimique des calculs urinaires chez l'homme et chez les animaux, l'étude de leur structure et par la reproduction exacte des calculs comme volume, forme et mode de développement au moyen de la substance organique albuminoïde ci-dessus mentionnée; mais aussi surtout par la possibilité de reproduire expérimentalement chez les animaux, nourris d'oxamide, des calculs qui par leur formation, leur croissance et leur construction, sont identiquement pareils aux calculs ordinaires. Cette reproduction expérimentale de calculs oxamidiques a été découverte par moi de concert avec le professeur Nicolaïer et souvent constatée par lui.

Faculté que possède l'épiderme de conserver sa vitalité hors de l'organisme en corrélation avec la transplantation.

M. C.-A. Linnggren (de Trelleborg, Suède). — Dans un assez grand nombre de cas j'ai transplanté des morceaux d'épiderme sur des plaies fraîches et granuleuses. Ces morceaux avaient été conservés dans un sérum stérile liquide depuis un jour jusqu'à six mois. Dans la plupart des cas, les greffes avec ces lambeaux épidermiques adhéraient et formaient une couche de peau de la même manière que dans la transplantation ordinaire. Ce résultat est resté constant même après une observation de plus d'un an. Dans peu de cas seulement les lambeaux d'épiderme furent résorbés par les granulations trop vivaces. Dans le but d'un contrôle plus sévère, les greffes avaient été pratiquées le plus souvent dans le milieu de la plaie. En outre, j'ai examiné au microscope les morceaux d'épiderme destinés à la transplantation ou déjà transplantés. Ces essais m'ont donné des résultats intéressants sous différents rapports. J'ai pu, par exemple, prouver la présence des grains dans des morceaux d'épiderme, qui avaient été conservés plus d'un mois dans le sérum.

(*Bulletin médical.*)

Traitement chirurgical des fibromyômes de l'utérus.

M. Auguste P. Clarke (de Cambridge). — La salpingo-oopborectomie peut être avantageusement employée dans les cas où l'hémorrhagie, causée par la tumeur, deviendrait un symptôme alarmant, et aussi dans les cas où un fibrôme sous-péritonéal prendrait un développement trop rapide. Néanmoins, si la tumeur n'est pas trop grosse, si elle se trouve dans le segment central de l'utérus, si les tissus sont très vasculaires, la ligature des artères utérines est indiquée.

Si, durant leur croissance, les fibrômes interstitiels se développent vers la cavité utérine, on peut y remédier par l'usage de la curette, surtout en y ayant recours après chaque période menstruelle. Dans certains cas, les fibrômes sous-muqueux peuvent être énucléés sans danger à travers une incision qui peut être faite à l'inté-

rienr de la cavité ntérine, avec tampounement et pincement des vaisseaux incisés.

Les fibrômes sous-péritonéaux et ceux qui sont situés dans le fond de l'utérns peuvent être plus facilement extraits par le moyen d'une incision des parois abdominales. De cette manière, on se rend plns facilement maître des vaisseanx trop volumineux. On ponrrait obvier aux dangers de la myomectomie, dans les cas de fibrômes sous-séreux ou de fibrômes tendant à se propager vers la surface de l'organe, en ayant recours aux sutnres aseptiqnes.

Si un néoplasme comparativement petit se tronvait dans la partie inférieure de l'utérus, l'énucléation pourrait s'effectuer par le vagin.

Dans les cas où la tumenr, sitnée dans le corps de l'ntérns, est tout à fait adhérente au tissn de l'organe, il faut faire l'hystérectomie snpravaginale ou bien une ablation totale de l'ntérns d'après la méthode vagino-abdominale.

L'ablation complète de la portion malade de l'ntérus rend le drainage plns facile; on traite le pédicule comme dans la méthode extra-péritonéale. Il y aura dans ces conditions moins de danger d'irriter les tissus adjacents.

Un nouveau procédé d'hystéropexie.

M. Charles Beck (de New-York). — Le procédé que j'emploie dans les hystéropexies est le suivant. Onverture de l'abdomen le long de la ligne blanche, comme d'habitnde; nne petite incision suffit; on saisit ensuite le fond de l'utérus au moyen d'une pince érigue et on l'attire hors de la cavité péritonéale; on choisit ensuite un des ligaments ronds et on l'isole soignensement. Cette opération se fait de la manière suivante : on commence par faire deux incisions snperficielles d'à pen près deux pouces de longueur, qui vont de haut en bas et qni commencent à un demi-ponce an-dessons de l'origine utérine du ligament. L'isolement se fait simplement au moyen d'une sonde cannelée; l'opération est facile et ne donne pour ainsi dire pas de sang. La portion du ligament ainsi isolée est retirée de la cavité péritonéale et tenue hors de cette cavité, tandis, qu'en dessous, les bords du péritoine sont réunis; de cette manière le ligament se trouve pour ainsi dire à cheval sur le péritoine. Cinq ou six sutnres suffisent. Ensuite, le ligament, étant tonjours soutenu, on réunit au-dessous de lni, de la même manière, les aponévroses et les muscles snr lesqnels repose finalement le ligament qui se trouve de cette manière soutenu par presque toute la paroi abdominale. On ponrrait encore faire une suture à travers la substance même du ligament. Les bords de la plaie sont réunis comme d'habitude, et, enfin, un troisième rang de sutures sur la pean, termine l'opération.

On pourrait se servir, dans le même but, des deux ligaments ronds; néanmoins, vue l'immense force de résistance de leur tissu fibreux, nn seul suffit ponr prévenir le prolapsus de l'utérns.

J'ai fait trois fois l'essai de cette nonvelle métbode sur des malades avec prolapsus utérin et pas un de ces cas n'a été suivi de la moindre trace de bernie. D'autres observations encore seront nécessaires pour établir les indications précises de ce nouveau mode opératoire. Je puis le recommander comme une opération facile et qui fournit à l'utérus un support d'une solidité parfaite tout en lui laissant sa mobilité. Le seul inconvénient de cette opération c'est qu'on doit avoir recours à une laparotomie.

A la séance du mois de mars de la Société gynécologique de New-York, le professeur von Ramdobr s'est prononcé en faveur de cette métbode, qu'il a essayée avec succès snr l'une de ses malades atteinte d'un prolapsns utérin.

De l'hystérectomie abdominale dans l'hémato-mètre ancien.

M. Felipe Margarito (de Barcelone). — Dans l'bématomètre de longne date, il se produit une hypertrophie dn tissu conjonctif de la matrice avec dégénération dn tissu mnsculaire qni rend impossible son retour à l'état normal, chose qui s'observe aussi dans les vieux sacs anévrismaux.

Le péritoine qui couvre l'utérns atteint d'hématomètre est le siège d'nn travail inflammatoire qui fait qu'il s'adbère aux organes voisins; ce que l'on observe également dans les tnmeurs bénignes de l'abdomen.

Si l'on donne passage au sang par la voie vaginale, la diminution partielle de volume de l'utérus que l'on obtient produit la descente de l'organe avec celle des viscères auxquels il adbère, ce qui occasionne des troubles et de violentes douleurs.

L'hystérectomie abdominale, combinée avec le drainage vaginal, permet la section des adhérences, rétablit les organes déplacés dans leur situation normale; elle rend la guérison sûre et prompte.

De la blennorrhagie et de son traitement chez les femmes non enceintes.

M. Ettore Truzzi (de Parme). — Dans les endométrites gonococciques j'ai recours aux applications d'ichtyol pur dans la cavité utérine.

Dans les salpingites gonococciques je ne crois pas ntile de pratiqner la cœlio-salpingectomie bilatérale en conservant l'utérns, ou bien la salpingo-hystérectomie par voie vaginale, qui pent devenir dangerense à cause des adhérences avec les intestins, rester incomplète. Je préfère avoir recours à la salpingo-hystérectomie totale, abdomino-vaginale, en la pratiquant par la méthode suivante : l'abdomen ouvert, je détache les adbérences intestinales et épiploïques, en isolant autant que possible les annexes et pratiquant aussi, entre deux ligatures, la

section bilatérale du ligament infundibulo-pelvien. J'interviens ensuite par voie vaginale, en complétant l'extirpation de l'utérus et des annexes.

De cette manière, on utilise la valeur diagnostique de la laparotomie et l'on tient l'abdomen ouvert le moins de temps possible.

Traitement et guérison complète par l'électricité de la grossesse extra-utérine et de ses complications.

M. J.-P. Nédorodoff (de Moscou). — Le traitement électrique est indiqué dans les premières phases de la grossesse extra-utérines surtout lorsqu'elle n'a pas dépassé le troisième mois.

Ce traitement est le seul applicable lorsqu'on a affaire à une grossesse compliquée d'hémato-salpingite. Il en est de même des vieilles hématocèles péri-utérines. Tous les autres cas sont du domaine de la chirurgie.

Sur le traitement chirurgical de la péritonite aiguë purulente.

M. Crestovich (de Salonique). — Dans les cas de péritonite aiguë purulente, on doit recourir le plus tôt possible au traitement chirurgical.

Les ponctions exploratrices doivent précéder l'opération pour vérifier la nature de la péritonite. La guérison parfaite est très possible, si les malades recourent à temps aux chirurgiens et si ceux-ci interviennent promptement. Les insuccès sont dus en grande partie à une intervention chirurgicale tardive.

Sur la sérothérapie de l'infection puerpérale.

M. V. Wallich (de Paris). — Les résultats expérimentaux obtenus par M. Marmorek, avec un sérum antistreptococcique très puissant, avaient donné l'espoir d'une action efficace par ce moyen contre l'infection, si souvent streptococcique des accouchées.

Nos recherches sur ce sujet nous amènent à conclure que les chiffres de la morbidité et de la mortalité observés dans une statistique importante n'ont pas été sensiblement modifiés par l'institution méthodique de la sérothérapie à l'aide du sérum de Marmorek.

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

M. V. Antouchevitch (de Orlow-Viatka).— Se basant sur l'analogie des symptômes entre les vomissements incoercibles de la grossesse et ceux observés chez les animaux privés de sel dans leur nourriture, c'est-à-dire nourris d'albumine contenant le moins possible de sels de potasse et de soude, l'auteur a été amené à employer les mélanges salins dans le traitement des vomissements incoercibles; il en a obtenu de bons résultats.

(*Presse médicale*).

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

De l'incision recto-vaginale dans les opérations sur le rectum.

Dans ce travail, **M. Sternberg** expose la méthode utilisée par M. Gernusy en un certain nombre de cas de résection et d'extirpation du rectum chez la femme. Cette méthode est basée sur l'ancien procédé de Dieffenbach.

Voici la technique mise en œuvre par M. Gersuny :

Le premier temps de l'opération consiste, après asepsie préalable du champ opératoire, en l'incision de la cloison recto-vaginale sur la ligne médiane. Cette incision comprend dans tous les cas le sphincter du rectum, contrairement à la pratique d'autres chirurgiens. Puis on pénètre dans la partie du rectum située au-dessous du rétrécissement ou du néoplasme et l'on se rend exactement compte de l'étendue du mal. On fait de nouveau la toilette de l'intestin et on le tamponne aussi haut que l'on peut, après quoi l'on prolonge l'incision de la cloison autant qu'il est besoin pour pouvoir isoler la tumeur. Cet isolement se pratique sur toute la circonférence du rectum; autant que possible sans instrument tranchant et à l'aide du doigt seul. On passe alors à la résection ou à l'amputation du rectum, suivant l'étendue du néoplasme, et l'on extirpe en même temps le tissu périrectal ainsi que les ganglions lymphatiques qu'on y trouve. Le champ opératoire est très accessible, la malade étant dans la position de la lithotomie. Dans certains cas on est obligé d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas, ce qui peut se faire sans inconvénient sérieux, pourvu que l'on établisse ensuite un drainage suffisant.

L'opération rectale terminée, on procède à la réunion des deux lambeaux de la cloison recto-vaginale. Ce temps de l'opération s'effectue d'après les règles de la colporrhagie postérieure, au moyen d'une suture en étages au catgut stérilisé par la formaline. L'extrémité du rectum est fixée dans l'angle postérieur de l'incision périnéale. Si le bout rectal était trop court, il faudrait établir un anus parasacré, en abouchant l'extrémité du rectum dans une nouvelle incision cutanée pratiquée au niveau du sillon ano-coccygien.

En opérant d'après ces règles, M. Gersuny a toujours pu éviter la formation de fistules recto-vaginales persistantes. Cependant, dans des cas où le cancer avait déjà envahi la cloison et le vagin, on ne put empêcher les cavités rectale et vaginale de communiquer largement entre elles ; toutefois, l'orifice de communication se ferma au bout de quelques semaines.

Les suites opératoires furent généralement très simples, et la plupart des opérées quittèrent le service trois à quatre semaines après l'intervention, sans présen-

ter d'incontinence des matières fécales, ce qui constitue un avantage incontestable sur l'opération de Kraske. Nous ajouterons que M. Gersuny combine généralement cette méthode avec la torsion du rectum, qu'il a imaginée précisément dans le but d'éviter cette incontinence alvine.

Pour ce qui est du traitement post-opératoire, on doit s'efforcer d'obtenir une première selle entre le troisième et le cinquième jour après l'intervention, en pratiquant une irrigation de l'extrémité rectale. Il sera utile, en outre, dès la fin de l'opération, de placer un drain dans le rectum pour faciliter la sortie des gaz intestinaux.

Le nombre des malades opérées par M. Gersuny d'après cette méthode s'élève à 14, dont 12 étaient atteintes de cancer et 2 de rétrécissements non cancéreux. Une seule femme succomba à l'opération, à la suite d'une péritonite. Dans les 13 autres cas, ainsi que chez 2 nouvelles malades opérées tout récemment les suites opératoires ont été bonnes.

(*Centr. Bl. f. Chir.*, 20 mars 1897, et *Sem. méd.*, n° 41, p. 328, 1897.)

LES LIVRES

Sociétés d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois

Vade mecum de posologie et de thérapeutique infantiles appliquées, par le Dr H. Dauchez, ancien chef de clinique adjoint à l'Hôpital des Enfants malades, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Le travail que vient de faire paraître le Dr H. Dauchez rendra, nous l'espérons, les plus grands services au praticien, par son plan, par son format et par la nouveauté des substances médicamenteuses introduites dans son cadre.

Une courte préface dans laquelle l'auteur rappelle le choix des médications chez l'enfant, énumère les médicaments dangereux (sirops, teintures, alcaloïdes), indique le poids des cuillerées et des gouttes, recommande les médications externes (frictions, fumigations, inhalations) faites à l'insu de l'enfant, enfin compare l'activité des alcoolatures, teintures et vins médicinaux, précède la liste alphabétique de plus de deux cents médicaments usuels ou nouveaux (benzonaphtol, convallaria, euvonymine, glycérophosphates, hammamelis, hydrastinine, jaborandi, acide picrique, pyridine, sulfonal, etc.).

L'ordre alphabétique des substances actives est scrupuleusement observé dans ces tableaux indiquant pour chaque médicament, la forme médicamenteuse la plus courante (teinture, extrait, acide, poudre, sirops). La dose par année d'âge (Exemple : Sulfonal, vingt centigrammes par année d'âge au-dessus de cinq ans). — (Liqueur de Van Swieten : Vingt gouttes à doses réfractées (un milligramme sublimé au-dessus d'un an). Enfin, dans une troisième colonne, l'auteur a noté les véhicules (miel, confitures, jus d'orange, lait, sirops ou potions faciles à improviser par le médecin pressé ou par le médecin de campagne.

L'indication symptomatique (arythmie cardiaque, névroses des cardiaques, insomnies, etc.), complète chaque article de ces tableaux posologiques.

Le Dr Dauchez a obtenu de la Société des Editions scientifiques le *format du carnet de trousse*, pour permettre à ses lecteurs peu familiarisés avec la thérapeutique infantile de conserver ce précieux *Vade mecum* sur eux sans peine ni fatigue.

En thérapeute prudent, l'auteur signale sans les doser les substances trop toxiques, dangereuses, recommandant ainsi l'abstention formelle. Aux médicaments actifs, il indique les doses maxima. Pour celles-ci en particulier il conseille les doses faibles.

Il est difficile de documenter davantage un *vade mecum* qui résume et complète (206 médicaments) le formulaire précédemment édité par le Dr Dauchez.

Les poussières atmosphériques, leur circulation dans l'atmosphère et leur influence sur la santé, par J.-R. Plumandon, météorologiste à l'observatoire du Puy-de-Dôme.

Dans ce petit livre de 130 pages, M. Plumandon a résumé tout ce qui a été découvert dans les dernières années sur les poussières atmosphériques. Il expose d'abord, dans la première partie, les récentes expériences qui ont établi le nombre infini des poussières, et il prouve que celles-ci ont des origines diverses qui peuvent les faire classer en *poussières cycloniques, volcaniques, ignées, marines, industrielles, végétales, animales, cosmiques*.

Après avoir distingué encore les *poussières vivantes* ou *microbes*, il montre, dans la deuxième partie, la circulation générale de toutes ces poussières au sein de l'atmosphère, les variations que leur nombre subit sous l'influence des divers éléments météorologistes et met en relief la quantité effroyable de microbes créés par les grandes villes.

Une troisième partie est consacrée à l'influence physique, physiologique et toxique que les poussières atmosphériques peuvent exercer sur la santé, et particulièrement à l'action pathogène des microbes. Enfin l'auteur termine par un chapitre sur les *poussières explosives*.

A notre connaissance, la question des *poussières atmosphériques* n'a pas encore été traitée, au point de vue de la vulgarisation, d'une manière aussi concise et en même temps aussi complète que l'a fait M. Plumandon. Aussi, nous croyons que son petit volume intéressera tout le monde, même les spécialistes.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU.**

TRAVAUX ORIGINAUX

La correction des gibbosités (1).

Par L. Ombrédanne,

Aide d'anatomie à la Faculté, interne des hôpitaux.

Peu de travaux chirurgicaux avaient eu depuis longtemps autant de retentissement que la communication de Calot (2) à l'Académie de Médecine de Paris, sur le traitement de la gibbosité du mal de Pott. Parmi les chirurgiens, les uns entrèrent franchement dans la voie nouvelle; d'autres tentèrent de montrer, preuves en main, que le redressement du rachis tuberculeux pouvait être dangereux, et que son efficacité était loin d'être démontrée. Le public, vaguement mis au courant par les journaux politiques, demande à chaque instant au médecin s'il est vrai que l'on puisse aujourd'hui redresser les bossus. Il nous paraît intéressant de reprendre l'étude de la correction des gibbosités, de chercher les tentatives faites autrefois dans ce sens, de mettre en parallèle les procédés préconisés aujourd'hui, de faire voir qu'il y a d'ailleurs bosses et bosses, les unes simplement disgracieuses, d'autres constituant un danger sérieux et que les lésions différentes qui les causent ne sont pas toutes justiciables du même traitement.

L'idée de redresser les gibbosités semble remonter à Hippocrate (1). Il faisait coucher le malade sur le dos, après avoir placé sous la bosse une outre vide, puis faisait pratiquer l'extension et la contre-extension. Alors, avec un soufflet de forge, il gonflait l'outre; mais, ajoute-t-il, si l'extension était peu énergique, les surfaces convexes de la gibbosité et de l'outre glissaient l'une sur l'autre; si l'extension était plus forte, c'est le rachis en totalité qui s'incurvait. Gillebert d'Hercourt (2) couchait ses malades sur un matelas évidé au point correspondant à la gibbosité, et plaçait sous celle-ci un ballon de caoutchouc rempli d'air.

Glisson (3) eut le premier recours à la suspension par la tête et les aisselles pour tenter d'effacer les gibbosités.

Arrisson (4) à l'aide de l'extension et de la contre-extension dans la position horizontale, rapporte des observations de redressement « peu croyables » dit le professeur Lannelongue.

Bampfield, 1824, inventant la méthode connue sous le nom de *prone system*, fait coucher pendant longtemps ses enfants sur le ventre de façon que le tassement agisse en sens inverse de la déviation. D'après Lannelongue, il y aurait ajouté l'extension

(1) Extrait des *Archives générales de Médecine*, n° 9, septembre 1897.

(2) Calot : Académie de Médecine, 22 décembre 1896.

(1) Hippocrate : Traduit Littré, t. IV des articulations, paragraphe 47.

(2) In Lannelongue, tub. vertébrale.

(3) Glisson : De rachitidite, 1650.

(4) In Lannelongue.

momentanée et des pressions douces et continues sur la gibbosité.

Telles sont les premières tentatives de réduction des gibbosités que nous puissions enregistrer. Jusque-là, aucun effort n'avait été fait pour maintenir la correction obtenue : c'est seulement sur l'attitude couchée sur le dos ou sur le ventre, que comptaient les chirurgiens. Pourtant, du temps de Pott, François David, chirurgien de Rouen, insistait déjà sur l'importance du repos au lit. Delpech croyait d'abord le décubitus sur un lit dur et horizontal le meilleur mode de traitement de gibbosités même anciennes.

Mais bientôt vinrent les appareils destinés à maintenir la correction obtenue, ou à augmenter automatiquement et progressivement sa correction.

En 1874, Sayre, reprenant les tendances de Glisson, suspend ses malades, et pendant l'extension ainsi obtenue, fixe leur thorax par un large appareil plâtré, *plaster jacket*, notre corset de Sayre, dont le professeur Duplay, a contribué à généraliser l'emploi (1) en France.

Le corset de Sayre était inamovible, c'était sa grande supériorité sur les corsets orthopédiques, dérivés presque tous de la ceinture à levier de Hossard, dans laquelle une tige d'acier rigide prenant son point fixe sur une ceinture enveloppant le bassin entraînait la colonne vertébrale dans une direction convenable.

Puis Lannelongue, montrant que la pression des corps vertébraux entre eux, pression qu'il s'agit de supprimer, ne résulte pas seulement de l'action de la pesanteur, mais surtout de la contracture musculaire, soumet ses malades à l'extension continue dans le décubitus horizontal.

Cette méthode, jointe à celle des pressions latérales dans les scolioses, donne naissance à d'innombrables modèles de lits orthopédiques, plus ou moins analogues à celui de Pravaz (de Lyon) (2).

Tel était l'état de la question, lorsque, le 26 décembre 1896, Calot apporta devant l'Académie de Médecine 37 cas de redressement de gibbosités pottiques en un temps, sous chloroforme; la réduction parfaite ainsi obtenue étant maintenue par un très large appareil plâtré; il revint d'ailleurs bientôt sur l'exposé de la technique suivie, et sur les résultats obtenus (3).

(1) *Archives générales de Médecine*, 1878.

(2) Présenté à la Société de Chirurgie, 1874.

(3) *Belgique médicale*, 21 janvier. — *Archives provinciales de Chirurgie*, février 1897.

Le 20 décembre, Chipault (1) proteste contre la soi-disant nouveauté du procédé, et rappelle que, ayant eu dès 1895, l'idée du redressement qu'il maintenait ensuite par des ligatures apophysaires, il écrivait en juillet 1896 (2) : « J'ai, au Congrès de Chirurgie (octobre 1895), insisté sur l'intérêt de technique nouvelle, auprès de plusieurs de mes confrères, et en particulier auprès de mon ami Calot, qui voulut bien me promettre de l'expérimenter largement. » En janvier 1896, il avait d'ailleurs appliqué le même traitement à un cas de cyphose infantile grave, sur un petit malade préalablement « chloroformé et mis sans peine en bonne position vertébrale » (3).

Le 19 janvier, Chipault présente à l'Académie deux de ses opérés guéris depuis trois ans et demi, et revendique à nouveau comme sien le procédé de la réduction en un temps sous chloroforme.

Mais le 11 mai 1897, Menard (de Berck) apporte contre la nouvelle méthode de puissants arguments fournis par l'expérimentation, montrant les lésions énormes que produisit dans trois cas le redressement pratiqué sur des cadavres de gibbeux.

Dans la séance du 8 juin 1897, M. Monod lit à l'Académie un rapport où il critique quelque peu les observations de Calot, regrettant que l'auteur n'ait présenté que 6 malades, dont 2 seulement guéris sur 37 opérés, et qu'il n'ait pas parlé des autres. Il expose les justes revendications de Chipault, et les conclusions pessimistes de Menard. Il s'efforce de limiter les indications de l'intervention, mais craint « que la bosse déjà vieille et accentuée, redressable peut-être, mais fatalement vouée à la récidive, ne reste au-dessus des ressources de la chirurgie. » (3).

Enfin, Calot, au Congrès de Moscou, apporte des modifications considérables à sa méthode primitive; il rappelle qu'il évite, dans les gibbosités ankylosées, les manœuvres capables de briser le rachis.

Effectivement, dans deux cas, il s'est attaqué à ces gibbosités consolidées, et pour briser le cal, il a eu recours à la méthode sanglante.

Jusqu'alors, les interventions portant sur le rachis, lamnectomies, évidements, curetages des corps vertébraux tuberculeux, n'avaient eu d'autre but que de guérir une paraplégie, et non d'assurer le redressement de la colonne vertébrale; c'était le but que se

(1) Chipault : *Médecine moderne*, 30 décembre 1896.

(2) Chipault : *Médecine moderne*, 22 juillet 1896, un traitement nouveau du mal de Pott.

(3) Chipault : *Médecine moderne*, 16 septembre 1896.

proposaient White (1), J.-A. Wright (2), Southam (3), Arbutnoth Lane (4) Mac Eweu (5).

Calot a pratiqué la section du cal vertébral dans le but exclusif de redresser la gibbosité.

Enfin Lambotte (d'Anvers) (6) reprochant au procédé sanglant de Calot d'être aveugle, attaque à ciel ouvert la lésion osseuse, puis redresse le rachis, au besoin aprés section totale des corps vertébraux, mais considère que l'évidement du foyer tuberculeux doit être tout, la question orthopédique n'ayant qu'une importance secondaire.

Tels sont les audacieux procédés de redressement du rachis dont s'est enrichie la chirurgie dans ces derniers mois. C'est leur étude que nous allons faire après avoir rapidement rappelé les différeutes lésions contre lesquelles le chirurgieu peut-être appelé à les employer, la nature, l'éteudue. l'âge de celles-ci réglaut les indications et les contre-indications opératoires.

Une saillie vertébrale peut apparaître brusquement à la suite d'un traumatisme, traduisant l'existence d'une luxation ou d'une fracture. Dans l'immense majorité des cas, les gibbosités se constituent lentement, liées soit à l'évolution d'une tuberculose vertébrale, soit au rachitisme chez les jeunes enfants, soit à un trouble de l'ossification, à une faiblesse pathologique du système ligamenteux et musculaire chez les adolescents atteints de scoliose habituelle.

Les déviations traumatiques, pottiques et essentielles du rachis traduisent des lésions différentes. Sont-elles justiciables d'un traitement analogue?

Les luxations du rachis sont rares. Elles siégent en général au niveau de la colonne cervicale; c'est exceptionnellement qu'on les trouve à la région dorsolombaire; le contact articulaire disparaît soit au niveau d'une seule, soit au niveau des deux apophyses articulaires et le corps vertébral étant chassé en avant à la façon d'un noyau de cerise, l'arc postérieur de la vertèbre lancé vient comprimer la moelle contre la face postérieure des corps vertébraux sus- et sous-jacents.

Beaucoup plus fréquentes sont les fractures. Celles qui s'accompagnent de la production d'une saillie postérieure du rachis sont les plus communes : ce sont les fractures des corps (Kirmisson). Elles surviennent à la suite d'une flexion forcée de la colonne ou d'un choc portant sur l'une ou l'autre extrémité du rachis : chute sur la nuque ou sur les pieds. Les expériences de Chedevergne, celles de Mollière provoquant sur le cadavre des flexions exagérées, celles de Ménard, précipitant des cadavres sur le siège d'une hauteur suffisante out montré que ces deux modes d'action pouvaient aboutir à la même lésion, l'écrasement d'un ou de plusieurs corps vertébraux.

De plus, les ligaments surépineux et interépineux ne résident pas toujours; lorsqu'ils cèdent, indépendamment de la coudure à angle plus ou moins obtu que présente le rachis, il se fait un glissement de la vertèbre située au-dessus du siège de l'écrasement, glissement en avant qui ajoute les désordres de la luxation à ceux de la fracture.

Dans ce cas, ce sont les lames de la vertèbre susjacente qui viennent comprimer la moelle contre ce qui reste du corps de la vertèbre écrasée. Si le glissement ne s'est pas produit, la moelle est coudée, et parfois comprimée par les fragments contre la paroi postérieure du canal rachidien.

Donc, qu'il y ait luxation ou fracture du rachis, fracture des corps vertébraux bieu entendu, puisque nous n'étudions que les déformations appareutes du rachis, la lésion médullaire est la même; elle résulte d'une compression plus ou moins éuergique; les accidents immédiats, ce sont la paraplégie, l'incontinence d'urine; ultérieurement apparaissent les escharres, la paralysie intestinale, la pneumonie hypostatique; si même les accidents immédiats sont peu accusés, ils ne tardent pas à s'aggraver, traduisant la myélite transverse qui se développe du fait de la compression médullaire; ces complications tardives ont d'ailleurs été étudiées de près par Kirmisson, Tuffier et Hallion, Heurteau.

Le chirurgien doit-il s'attaquer à ces gibbosités. La question se pose à peine en face des accidents terribles auxquels la compression médullaire expose les malades.

Quand bien même le rachis déplacé aurait au moment même de l'accident, causé une attrition de la moelle irrémédiable, le malade n'aurait rien à perdre à l'intervention, mais au cas où la moelle, sans lésion essentielle, serait simplement comprimée par la flexion osseuse, il aurait tout à gagner au redressement.

(1) Dercum et Whitte : *Annals of Surgery*, juin 1889, p. 424.
(2) Thompson : *The Lancet*, 11 juillet 1888.
(3) Thorburn : *British med. Journ.*, 22 sept. 1888.
(4) Lane : *British med Journ.*, 30 avril 1889.
(5) Pilcher : *Annals of Surgery*, 1888,
(6) Lambotte : *Journal de Médecine de Paris*, 18 avril 1897.

Déjà Malgaigne déclarait que le plus grand danger était dans l'inaction du chirurgien; il préconisait l'extension continue appliquée sur le bassin, la contre-extension faite au moyen de lacs appliqués sous les aisselles, sur les bras, à la tête, en même temps que le chirurgien exerçait une pression au niveau même de la fracture pour tenter sa réduction. C'est la méthode qu'employèrent Dupuytren, Gerdy, Richet, Parise de Lille, Cras.

Legouest, Kirmisson (1) sont partisans non plus de l'extension continue, mais de la *réduction brusque*. C'est là le procédé même que prône aujourd'hui Calot, et que les chirurgiens les plus autorisés préféraient déjà à la réduction lente par suspension, suivie de l'application d'un corset de Sayre, méthode que vantaient Kœnig (2) et Wagner (3) en Allemagne.

La voie sanglante a en aussi ses partisans parmi les chirurgiens qui ont tenté d'enrayer la marche des accidents consécutifs aux fractures du rachis. Mais Cline, Tyrrel Werner, etc., et tous ceux dont William White rappelle les tentatives (4) ont plutôt cherché à extraire du canal médullaire les esquilles ou les caillots qu'ils pensaient y trouver qu'à supprimer par le redressement la coudure rachidienne.

Pourtant Tuffier et Hallion (5) ne craignent pas de préconiser non seulement le redressement précoce contre les accidents immédiats, mais la trépanation et la réduction tardive pour combattre les troubles nerveux consécutifs.

En 1895, Barclay réduisit à ciel ouvert une luxation de la douzième dorsale et la contint au moyen d'une ligature apophysaire. Chipault, en 1893, réussit à fixer par le même procédé une luxation ballante de la quatrième cervicale. Hadra et lui, avaient déjà tenté une fois chacun, sans peine d'ailleurs, de réduire et de fixer par la même méthode des vertèbres luxées.

Revenant aux simples manœuvres orthopédiques, Lane en 1892, et Chipault en 1896 purent dans deux cas de fracture vertébrale réduire la déformation par manœuvres internes et parvinrent à la maintenir corrigée par la simple ligature des apophyses épineuses.

(1) *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, art. Rachis.

(2) Duplay et Reclus : *Traité de Chirurgie*, tome III.

(3) *Centralblatt für Chirurgie*, 1880.

(4) W. White : *Annal. of Surgery*, 1889.

(5) Tuffier et Hallion : *Archives générales de Médecine*, mars 1890.

Enfin, Poller (1) étudiant trente-deux cas de fractures du rachis, conclut que le traitement de choix est le redressement forcé par chloroforme pratiqué le plus tôt possible. Il n'a jamais vu cette manœuvre provoquer d'accident. Il se rallie à l'opinion de Küster qui voudrait voir tenter le redressement même dans les cas anciens, dût-on même avoir recours à la méthode sanglante. Après redressement, le malade est soumis à l'extension et à la contre-extension continue pendant un à deux mois, puis maintenu dans un corset de Sayre.

Les déformations rachidiennes d'origine traumatique sont donc justiciables de l'intervention chirurgicale.

Aussitôt après l'accident, le redressement brusque par chloroforme semble être le seul moyen de mettre un terme aux accidents immédiats et de prévenir les accidents tardifs.

Quand la lésion semble guérie, après consolidation de la fracture, après ankylose de la vertèbre luxée, si les accidents tardifs apparaissent, c'est encore la réduction forcée, au besoin par la méthode sanglante, qui semble seule offrir quelques chances de guérison au malade.

Telle semble être la conduite à tenir en face des lésions traumatiques du rachis. Mais ce sont là des cas relativement rares.

Au contraire, on désigne sous le nom de déviations essentielles du rachis des gibbosités qui apparaissent lentement et progressivement soit chez les tout jeunes enfants, soit chez les adolescents, et sont extrêmement fréquentes.

Dans le premier cas, c'est le rachitisme qui doit être incriminé; il existe chez ces malades une faiblesse particulière du squelette, et aussi du système musculaire et ligamenteux. Dans le second cas, ce sont des attitudes vicieuses dont les adolescents ont pris l'habitude qui semblent contrarier le développement osseux au moment de la croissance, c'est-à-dire au moment où la prolifération osseuse aux dépens des points d'ossification complémentaires des corps vertébraux atteint son maximum d'activité.

Les lésions qui traduisent ces deux ordres de troubles sont tantôt des cyphoses, le plus souvent des scolioses.

Les cyphoses récentes sont toujours facilement réductibles; plus tard, elles s'ankylosent par fusion

(1) *Arch. für Klin. Chir.*, 1889.

de corps vertébraux ou par production de jetées périphériques.

Les scolioses sont liées à ce que Delpech appelait l'affaissement rhomboïdal des vertèbres : une des portions latérales du corps vertébral atteint une hauteur plus considérable que l'autre. Mais bientôt apparaissent des lésions secondaires, tant au niveau de la lésion vertébrale que dans des points éloignés.

Le rachis subit une torsion sur un axe qui semble correspondre à la partie postérieure du canal rachidien : les lames se déplacent à peine, alors que les corps vertébraux se portent sur le côté.

Les côtes entraînées par cette torsion, dévient le thorax, et bientôt celui-ci s'aplatit latéralement. Le bassin s'aplatit également, prend la forme d'un ovale dont le grand axe est perpendiculaire à celui de l'ovale thoracique.

D'autre part, au-dessus et au-dessous de la courbure scoliotique, se font dans le rachis des courbures de compensation destinées à ramener au même point du polygone de sustentation la verticale du centre de gravité. Quand ces scolioses sont de date ancienne déjà, et surtout lorsqu'elles ont été causées par le rachitisme, elles s'accompagnent donc d'une déformation du squelette extrêmement étendue puisqu'elle intéresse la totalité du rachis, la cage thoracique et le bassin.

On peut dire que jamais les déviations essentielles du rachis ne s'accompagnent de troubles du côté de la moelle. Pourtant, indépendamment de la difformité qu'elles entraînent, elles causent des accidents qui peuvent être redoutables. Les poumons sont comprimés dans la cage thoracique devenue trop étroite, refoulés également par le diaphragme, qui est repoussé lui-même en haut par les viscères abdominaux, à l'étroit dans la cavité abdominale dont la capacité a relativement diminué par suite des inflexions rachidiennes.

La circulation pulmonaire gênée retentit sur le fonctionnement du cœur, et l'on sait que la simple bronchite chez les gibbeux peut entraîner la mort par asystolie.

Tels sont les accidents auxquels peut exposer la gibbosité dite essentielle si on la laisse évoluer. Mais il y a lieu ici d'établir une distinction fondamentale.

Les scolioses habituelles, comme les appellent les allemands, se développent insidieusement chez les adolescents, mais ne produisent que rarement de très graves lésions thoraciques ou pelviennes. Elles s'aggravent parfois jusqu'à 25 ans, puis se fixent dans la situation où elles se trouvent. Au contraire les déviations rachitiques de la colonne vertébrale sont beaucoup plus graves. Survenant chez de tout jeunes enfants, elles déforment un squelette encore complètement cartilagineux, et finissent par aboutir trop souvent à des difformités telles que le malheureux qui en est atteint doit renoncer en partie à la vie sociale, indépendamment du danger de mort qui le menace constamment, comme nous l'avons montré.

Y a-t-il lieu de corriger ces déviations essentielles du rachis. Ces déviations, avons-nous dit, constituent plus tard parfois un danger, toujours une infirmité. Or, lorsqu'elles datent de peu de temps, elles sont facilement réductibles; toute la question revient donc à savoir si la contention doit être cherchée au prix de l'immobilisation prolongée dans un appareil inamovible.

Certes, dans la scoliose habituelle, souvent la gymnastique suédoise, aidée par un bon corset gardé jour et nuit, suffit à corriger la déformation. Pourtant dans certains cas, l'application d'appareils inamovibles tels que le corset de Sayre a été nécessaire.

(A suivre.)

DOUZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL
DES
SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Moscou du 19 *au* 26 *août* 1897.

SECTION DE CHIRURGIE
Chirurgie du tube digestif.

M. Czerny (de Heidelberg). — Dans les divers cas de cancer de l'œsophage pour lesquels je suis intervenu chirurgicalement, je n'ai pas obtenu de guérison radicale par la résection. La gastrostomie m'a toujours donné de bons résultats au point de vue palliatif, car elle soulage beaucoup les malades en diminuant considérablement leurs souffrances.

En ce qui concerne le cancer du pylore, la pylorectomie a amené la guérison radicale dans la proportion de 10 0/0 des cas. Il est absolument nécessaire, pour avoir des chances de succès, de faire le diagnostic de très bonne heure.

La gastro-entérostomie est une excellente opération palliative, car elle soulage les malades et leur donne longtemps l'illusion d'une guérison complète.

Enfin, pour les rétrécissements cancéreux du rectum,

la résection a été suivie de guérison radicale dans la proportion de 20 à 25 0/0 des cas. La colostomie n'est indiquée que lorsque l'ablation n'est pas possible.

M. A. Ceccherelli (de Parme). — Pour le traitement des rétrécissements de l'œsophage, j'ai imaginé un procédé de gastrostomie qui remplit la double condition de donner un soutien à l'estomac et de créer une valvule gastrique, tout en permettant de s'éloigner par l'autre prépylorique.

Dans les rétrécissements du pylore, la pyloroplastie est indiquée quand le rétrécissement est dû à un anneau fibreux; dans les autres cas, si la résection n'est pas indiquée ou possible, la gastro-entérostomie antérieure selon le procédé de Doyen constitue la meilleure méthode. La fixation du côlon est nécessaire; quant à l'épiploon on peut le supprimer sans danger.

Contre les ulcères de l'estomac, la gastro-entérostomie doit être préférée à la résection, sauf dans les cas où l'ulcère, étant unique, ne siège pas trop près du pylore et n'intéresse pas le duodénum.

Quant aux rétrécissements du rectum, je ne m'occuperai que des rétrécissements dits syphilitiques. Mes observations cliniques et mes préparations histologiques m'ont démontré depuis 1880 que la lésion syphilitique en est la cause primordiale, après quoi ce sont des lésions communes qui constituent le processus morbide. La gomme représente la première phase de la maladie; plus tard ce sont d'autres éléments qui provoquent la formation du rétrécissement, ainsi que le démontre l'inefficacité du traitement spécifique, sauf pendant la première période.

M. J.-E. van Iterson (de Leyde) expose une statistique personnelle comprenant : 16 gastrostomies avec 12 guérisons et 4 morts; 20 gastro-entérostomies avec 19 guérisons et 1 mort; 2 résections du pylore avec 1 guérison et 1 mort; 1 jéjunostomie, avec mort par volvulus; 2 résections intestinales avec 2 guérisons, et enfin 10 anus contre nature avec 9 guérisons et 1 mort.

Toutes ces interventions ont été pratiquées sans anesthésie générale. C'est d'ailleurs ainsi que procède habituellement l'orateur dans les cas de rétrécissement du tube digestif et dans toutes les interventions intra-abdominales régulières. En supprimant la narcose au chloroforme ou à l'éther, on évite le collapsus, si à redouter dans les premiers jours qui suivent l'opération, ainsi que les vomissements post-opératoires toujours dangereux, tout en diminuant d'une façon notable les chances de congestion pulmonaire hypogastrique.

M. J.-F. Sématzky (de Saint-Pétersbourg). — Le seul fait qu'une opération aussi récente que la gastro-entérostomie ait déjà subi tant de modifications prouve qu'il y a quelque chose dans sa technique actuelle qui laisse fortement à désirer.

La clinique a montré que le passage du contenu du duodénum dans la cavité stomacale, réalisé par l'anastomose entéro-gastrique, provoque des vomissements biliaires opiniâtres qui amènent fatalement la mort au bout d'un laps de temps plus ou moins long.

Perdre de vue la fonction physiologique du pancréas et du foie, voilà qui constitue une faute grave en ce qui touche la technique opératoire. Celle-ci n'est point améliorée par la méthode de Braun, qui conseille de pratiquer une anastomose complémentaire entre les anses intestinales au-dessous du point où la gastro-entérostomie a été effectuée.

Il résulte de mes expériences que la gastro-entérostomie, telle qu'on l'exécute généralement à l'heure actuelle, n'est point rationnelle, et qu'on doit la pratiquer de la manière suivante: on résèque transversalement le jéjunum, dont le bout inférieur ou efférent est suturé à l'estomac, tandis que le bout supérieur ou afférent est réuni au bout inférieur par entéro-anastomose, à une distance de douze à seize centimètres du point où a été effectuée l'anastomose stomacale. De cette façon, on arrive à empêcher, autant que la chose est possible, le reflux de la bile dans l'estomac.

M. Doyen (de Reims). — En dehors des cas de rétrécissement cicatriciel complet ou incomplet de l'estomac, auxquels la gastro-entérostomie est généralement appliquée, cette intervention représente le seul traitement curatif des ulcères gastriques éloignés du pylore, ainsi que des cas de dyspepsie grave. L'opération remédie à la stase gastrique, entretenue par la contracture spasmodique du pylore dont dépendent tous les symptômes pénibles éprouvés par les patients.

M. Kader (de Breslau). — Je vous présente la statistique des opérations pratiquées sur l'estomac dans la clinique de M. Mikulicz depuis l'année 1882 jusqu'au 1er août 1897. Cette statistique comporte un total de 270 opérations, comprenant 45 résections du pylore, 78 gastro-entérostomies, 27 pyloroplasties, 2 gastroplasties, 108 gastrostomies, 4 cas où plusieurs opérations ont été faites simultanément, et enfin 6 opérations atypiques.

La résection du pylore a donné 16 morts, soit une mortalité de 35 0/0. Pour la gastro-entérostomie, la mortalité a été de 19.5 0/0, et, pour la gastrostomie, de 19.4 0/0.

Sur 270 opérés, 72 sont morts, ce qui donne une mortalité totale de 26.7 0/0.

Si l'on considère à part les cas simples et les cas complexes, la mortalité totale pour les cas simples tombe à 13.7 0/0.

Sur un nouveau procédé d'arthrotomie et de résection de l'épaule.

M. S. Duplay. — Les procédés classiques de résection de l'épaule ne permettent en réalité, d'une façon commode, que l'accès de l'extrémité supérieure de l'hu-

mérus; et lorsque, dans les ostéo-arthrites tuberculeuses de l'épaule, il existe des lésions étendues du côté de l'omoplate, ils se prêtent assez mal à l'exploration de ces lésions et à l'ablation des parties malades.

C'est ce qui m'a conduit à adopter le procédé suivant, que j'emploie depuis quatre ans, et qui m'a donné constamment d'excellents résultats.

Je pratique d'abord l'incision antérieure classique pour la résection de l'épaule, incision qui, partant du bord externe de l'apophyse coracoïde ou même du milieu de l'espace situé entre cette apophyse et l'acromion, descend obliquement en bas et un peu en arrière suivant la direction des fibres du deltoïde, sur une étendue de huit à dix centimètres.

De l'extrémité supérieure de cette incision, on en fait partir une seconde qui contourne et suit exactement les bords antérieur et externe de l'acromion jusqu'à sa limite postérieure.

Disséquant alors la lèvre supérieure de cette seconde incision, on met à découvert toute la face supérieure de l'acromion, jusqu'au niveau de l'articulation acromio-claviculaire. Avec une scie ordinaire, après avoir incisé le périoste, on sectionne l'acromion obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans, en ayant soin que le trait de scie passe immédiatement en avant de l'articulation acromio-claviculaire, qu'il importe autant que possible de ne pas ouvrir.

L'acromion scié dans toute son épaisseur, on achève de mobiliser le fragment ainsi détaché et auquel s'insèrent les fibres du deltoïde, en sectionnant quelques brides fibreuses qui le retiennent à sa face profonde.

La première incision ayant, d'autre part, sectionné toute l'épaisseur des parties molles, on a ainsi constitué un grand lambeau triangulaire, dont le sommet mobile répond à l'angle de réunion des deux incisions.

Ce lambeau triangulaire est formé par toute l'épaisseur du deltoïde et par le fragment détaché de l'acromion, au pourtour duquel s'insèrent les fibres musculaires. En renversant en dehors et en bas ce lambeau, qui ne tient à sa face profonde que par un tissu cellulaire lâche et que l'on détache rapidement avec quelques coups de bistouri, on met largement à découvert toute l'articulation scapulo-humérale.

La capsule articulaire étant ouverte, on aborde alors aussi aisément la cavité glénoïde que la tête humérale, et l'on se comporte comme il convient, suivant l'étendue des lésions que l'on a entièrement sous les yeux.

L'opération terminée, on relève le lambeau et l'on suture l'acromion à l'aide de deux ou trois fils d'argent, avant de fermer la plaie cutanée.

Ce mode d'ouverture de l'articulation scapulo-humérale, réalisé par la section de l'acromion, a été préconisé par Neudörfer, mais dans son procédé on se borne à faire une incision des parties molles allant en épaulette de l'épine de l'omoplate au bec coracoïdien, de sorte que l'extrémité supérieure de l'humérus se trouve insuffisamment dégagée.

Severeanu (de Bucharest) a également pratiqué la section de l'acromion, après une incision sus-acromiale antéro-postérieure, pour le traitement des luxations irréductibles de l'épaule, et son procédé ressemble beaucoup à celui que je viens de décrire.

J'ai eu de même l'occasion d'appliquer cette opération à la réduction ou la résection de la tête humérale, dans plusieurs cas de luxations anciennes de l'épaule, et chaque fois l'opération s'est faite avec une facilité extrême.

Cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus.

M. Jonnesco. — Comme MM. Duplay et Cazin, je me suis préoccupé de remédier à l'inconvénient des fils permanents dans la cure radicale des hernies. Il n'est pas rare, en effet, alors que la réunion primitive semblait être assurée de voir apparaître des phénomènes de suppuration profonde ou superficielle, autour d'un ou de plusieurs fils perdus. Les *fils de soie, les seuls qu'on puisse employer* pour la consolidation des parois inguinales, persistent indéfiniment et l'on ne peut assigner un délai à leur élimination. C'est donc un grand inconvénient que de ne pouvoir assurer une guérison définitive, même dans les cas où des mois et des années entières ont donné une sécurité trompeuse. C'est dans le but de supprimer cet inconvénient qu'ont été préconisés le procédé de Paullet, celui de la ligature du sac sans fils perdus de Duplay et Cazin, celui des fils temporaires de Defontaine.

J'arrive à la suppression complète des fils permanents en procédant de la façon suivante : après section de la paroi inguinale antérieure et des muscles petit oblique et transverse, l'isolement et la résection du sac se pratiquent comme d'habitude; mais, sur le moignon péritonéal, *qui n'est pas lié*, on applique une ou plusieurs pinces pour maintenir les viscères réduits et le péritoine fermé.

Alors, avec l'aiguille d'Emmet et commençant à l'extrémité externe de la plaie et sur sa lèvre inférieure, on passe des fils d'argent qui traversent, à trois centimètres du bord libre, la peau, l'hypoderme, le tendon du grand oblique au niveau du ligament de Poupart, les muscles petit oblique et transverse, puis restent au-dessus du péritoine et du fascia tranversalis, et abordent la face profonde de la lèvre supérieure en traversant en sens inverse les mêmes couches, pour ressortir par la peau à trois centimètres du bord libre de la plaie cutanée.

On place ainsi quatre fils équidistants, ce qui est suffisant pour accoler les lèvres de la plaie sur toute l'étendue de l'incision. Le deuxième et le troisième fils sont passés, au niveau du collet sectionné du sac, à travers les deux

lèvres péritonéales, appliquant ainsi séreuse contre séreuse et fermant le péritoine. Au niveau des troisième et quatrième fils, la lèvre inférieure étant privée des muscles petit oblique et transverse, les fils ne traversent que la peau et le ligament de Poupart on le pilier externe de l'orifice superficiel. Au même niveau, nous trouvons dans la lèvre supérieure le tendon conjoint et celui du grand droit, que traversent les troisième et quatrième fils. Enfin, sur le pubis, le dernier fil est passé de telle manière qu'on puisse ménager un orifice juste suffisant pour le passage du cordon. Dans ce procédé, tous les fils sont passés par-dessus le cordon spermatique qui devient sous péritonéal, et, les fils une fois serrés, on obtient la disparition du canal inguinal normal.

Diagnostic des adhérences pleurales en chirurgie pulmonaire.

M. K. Sapiejko (de Kiew). — La plupart des insuccès obtenus dans nos interventions pour lésions locales des poumons sont dus au défaut d'un diagnostic ferme, à l'impossibilité de préciser l'existence des adhérences de la plèvre, et enfin à notre impuissance à provoquer ces dernières.

Je désire vous communiquer le procédé que j'applique dans mes opérations pour déterminer si ces adhérences existent.

A cet effet, je recherche l'état de la pression de la cavité pleurale. Prenant comme manomètre un simple tube en verre à double coudure, rempli d'une solution physiologique stérilisée, je fais communiquer l'une de ses extrémités avec la cavité pleurale à l'aide d'une aiguille tubulaire mousse de grosseur moyenne, pourvue d'une ou deux ouvertures latérales.

Quand il n'existe pas d'adhérences, la pression, normalement négative, attire le liquide du manomètre dans la plèvre et le niveau s'abaisse à l'autre extrémité de l'appareil.

S'il existe des adhérences pleurales, le niveau du liquide du manomètre ne s'abaisse pas dans leur région.

Ayant ce moyen d'apprécier l'existence ou l'absence d'adhérences, il était intéressant d'essayer de produire artificiellement ces adhérences. Chez les animaux, j'ai réussi à obtenir ce résultat en versant des liquides irritants dans le sac pleural.

(*Semaine Médicale.*)

Traitement électrique dans les déviations de la colonne vertébrale.

M. Civera-Lalse (de Barcelone). — L'électricité est une ressource d'une grande importance pour le traitement des maladies de la colonne vertébrale.

Dans les cas où il n'y a pas de déformations osseuses, on obtient presque toujours la guérison complète, et, quand elles existent, c'est un palliatif d'une réelle importance.

Même dans les déviations rachitiques, on peut obtenir des effets remarquables.

Résection totale et bilatérale du sympathique cervical dans le traitement du goître exophtalmique et de l'épilepsie.

M. Thomas Jonnesco (de Bucarest). — La résection totale et bilatérale du sympathique cervical est une opération possible; elle ne s'accompagne d'aucune conséquence ultérieure fâcheuse.

Cette nouvelle opération, que j'ai été le premier à pratiquer, sans être absolument facile, ne présente pas de difficultés insurmontables.

La résection totale trouve son indication dans deux grandes affections qui résistent aux divers traitements : le goitre exophtalmique et l'épilepsie essentielle.

Dans le goitre exophtalmique, la section du sympathique pratiquée par Jaboulay, les résections partielles doivent céder le pas à la résection totale et bilatérale.

Dans l'épilepsie, les résections partielles, proposées et pratiquées par W. Alexander, doivent céder le pas à la résection totale, seule opération rationnelle pour le but poursuivi.

Chirurgie rénale.

M Albarran (de Paris). — Le temps dont nous disposons est si court, que je me bornerai à de brèves indications basées sur mon expérience personnelle, qui porte sur près de cent opérations sur le rein et l'uretère.

A propos des hydronéphroses, je dirai que, de tout temps, on a cité des cas guéris par la simple ponction et que, avec MM. Schwartz et Imbert, nous avons vu un malade porteur d'une très grosse hydronéphrose guérie par le cathétérisme de l'uretère. Je pense que ce cathéterisme devra d'abord être essayé ; si on n'obtient pas de résultat, il sera encore utile, pendant l'opération, d'avoir introduit, au préalable, une sonde dans l'uretère. On peut, en effet, sentir la sonde, trouver facilement l'uretère et déterminer le siège et la nature de l'obstacle ; si on reconnaît alors l'utilité de l'urétéropyélostomie, on pourra pratiquer cette opération plus facilement et plus sûrement.

En ce qui regarde les pyonéphroses, je pense qu'il ne faudra presque jamais avoir recours à la néphrectomie d'emblée. Dans un grand nombre de cas, l'état général du malade ou les lésions de l'autre rein contre-indiquent formellement cette opération, et c'est à la néphrotomie que nous devons donner la préférence. S'il devient plus tard nécessaire d'enlever le rein, la néphrectomie secondaire se fera dans de bien meilleures conditions. J'ajoute que mes observations démontrent que, dans certains cas,

l'emploi de la sonde urétérale à demeure abrège beaucoup la durée des fistules consécutives à la néphrotomie.

Je ne pense pas, comme M. Tuffier, qu'il faille respecter les fistules rénales purulentes, et dans ces cas, j'ai guéri plusieurs malades par le nettoyage de la fosse lombaire ou par la néphrectomie et l'urétérectomie plus ou moins régulière. Il existe des cas très difficiles à opérer, et on peut ne pas obtenir toujours de très bons résultats; mais ce n'est pas une raison pour ne pas essayer de guérir. Je crois encore que la plupart des fistules urinaires doivent être soignées et que, puisque, après un temps plus ou moins long, ces fistules finissent, pour la plupart, par se fermer spontanément, il est logique d'essayer de rétablir le cours normal de l'urine par l'uretère. J'ai démontré qu'on peut réussir avec le simple emploi de la sonde urétérale à demeure, et si ce moyen ne suffit pas, on pourra encore, suivant la disposition de la poche rénale, pratiquer l'urétérotomie, l'urétéropyélostomie ou, au besoin, extirper le rein.

Comme presque tous les chirurgiens, j'ai peu de confiance dans la néphrectomie pour les tumeurs malignes tant soit peu volumineuses, parce que la récidive est habituelle. Il est très rare d'observer les néoplasmes du rein à leur début et les cas où l'on peut, comme M. Israël, opérer de petites tumeurs, sont exceptionnels; pour mon compte je ne suis intervenu qu'une fois pour une petite tumeur, qui était un myosarcôme : la malade a guéri. En ce qui regarde les néphrectomies partielles pour les tumeurs dites adénomes, je crois qu'on s'expose à des récidives dans les seuls cas où la néphrectomie totale peut donner de bons résultats : ces adénomes sont souvent de vrais épithéliomas et il faut les traiter comme des tumeurs malignes, parce qu'il est impossible de dire par la simple inspection s'il s'agit ou non d'une tumeur maligne, et que, même avec le secours du microscope, ce diagnostic entre l'adénome et l'épithéliome est très difficile. J'ajoute, enfin, que les adénomes du rein peuvent se généraliser avec leur structure typique : au point de vue clinique, ce sont des tumeurs malignes.

Mon expérience de la tuberculose rénale m'engage à pratiquer de plus en plus la néphrectomie primitive qui m'a donné d'excellents résultats. Dans la tuberculose, la néphrotomie est une opération palliative de nécessité destinée à combattre les accidents de rétention rénale, lorsque l'état général du malade et surtout la bilatéralité des lésions nous empêchent d'enlever le rein.

En ce qui regarde la néphrorrhaphie, je pense que l'indication opératoire existe souvent, mais qu'il faut tenir compte des contre-indications que j'ai développées ailleurs, Je ne puis accepter les critiques adressées par M. Jonnesco au procédé de M. Guyon, car, ni lui, ni moi, nous n'avons jamais employé les fils de soie, et je puis assurer que l'extrémité supérieure du rein fixé n'a aucune tendance à basculer. Par mes expériences sur les animaux, par des constatations de visu faites en incisant, pour des raisons différentes, la région lombaire d'anciens opérés, par une autopsie pratiquée chez une femme morte de tuberculose pulmonaire six mois après la néphropexie, j'ai démontré qu'il est inutile de faire la décortication de la capsule propre du rein pour avoir une fixité parfaite du rein opéré. La manœuvre de la décortication complique inutilement l'opération et augmente la sclérose du rein. Le nouveau procédé de M. Jonnesco doit donner une bonne fixation, mais il me paraît avoir l'inconvénient de placer le rein opéré dans une situation qui s'éloigne trop de la normale.

Sur le traumatol et sur ses applications à la thérapeutique médicale et chirurgicale.

M. L.-H. Petit (de Paris). — Le traumatol ou iodocrésine est une substance obtenue par synthèse en faisant agir l'un sur l'autre l'iode et le crésylol ou crésol.

D'après les expériences de laboratoire et son emploi dans plusieurs services de chirurgie de Paris et de l'étranger, le traumatol possède un pouvoir antiseptique au moins égal à celui de l'iodoforme et du sublimé et supérieur à celui du salol, de l'acide borique, etc. On l'a appliqué après toutes sortes d'opérations dont il a assuré l'asepsie, dans le traitement de maintes plaies et affections chirurgicales septiques, où il s'est montré un antiseptique de premier ordre, et dans diverses ulcérations, vénériennes ou non, dont il a déterminé la cicatrisation rapide.

Il est inodore, n'irrite ni la peau, ni les muqueuses et possède une action anesthésique très marquée.

Par l'usage du tramatol, on n'a à craindre aucun danger d'intoxication, car son pouvoir antiseptique considérable permet de l'employer à une dose beaucoup moindre que l'iodoforme, et, d'autre part, sa moindre densité et sa faible teneur en iode font que, sur une surface traumatique égale, la quantité d'iode toxique qu'il peut dégager est six fois moindre que celle que produirait l'iodoforme.

Enfin, administré à l'intérieur comme antiseptique des voies respiratoires et digestives, le traumatol semble se montrer aussi efficace que l'iodoforme, la créosote, etc., en particulier, dans la tuberculose pulmonaire et dans la diarrhée des tuberculeux.

On peut donc affirmer que cette substance pourra remplacer, dans la thérapeutique médicale et chirurgicale, l'iodoforme, dont elle possède les avantages sans en avoir les inconvénients.

Radiographies.

M. Max Lévy (de Berlin) a apporté un nouveau perfectionnement à la radiographie, c'est-à-dire une abréviation considérable : le temps nécessaire pour une photographie est vingt à vingt-cinq fois moindre qu'auparavant

vant. Les avantages de cette méthode sont grands : les inflammations de la peau aussi sont évitées; ni le médecin, ni le malade ne sont incommodés par la durée de l'exposition, et les photographies sont plus distinctes et claires.

Cette méthode est basée : 1° sur l'application de tubes perfectionnés, qui donnent des rayons deux ou trois fois plus forts que les autres ; 2° sur la fabrication des écrans fluorescents spéciaux, qui (même avec des plaques ordinaires) abrègent du quart le temps d'exposition.

Mais, le point le plus important est l'invention de plaques spéciales. Ces plaques ont une sensibilité à peu près quatre fois plus grande que les plaques simples. Il est possible maintenant avec de bons tubes et de bons écrans, avec ces plaques spéciales, d'effectuer une photographie exacte de toutes les parties du corps humain.

M. Lévy a, en outre, inventé une méthode de photographie du « pelvis », par laquelle on peut se rendre compte des diamètres les plus importants du bassin.

(*Presse Médicale.*)

L'épilepsie jacksonienne au point de vue des indications et de la direction de l'opération du trépan.

M. Lucas-Championnière (de Paris). — Je ne pense pas que l'on puisse avancer des faits d'une précision absolue concernant les renseignements que l'on peut tirer de l'observation de l'épilepsie jacksonienne. Je suis venu à cette conclusion par l'observation d'un très grand nombre de cas dans lesquels, pour des causes diverses, j'ai dû faire la trépanation crânienne.

Je compte actuellement soixante-six opérations de trépan faites pour des lésions cérébrales sans origine traumatique ou se rapportant à des traumatismes de l'encéphale déjà anciens et vingt cas de trépanation suivant une fracture plus ou moins ancienne.

Certains chirurgiens ont été assez heureux pour rencontrer des cas d'accidents cérébraux caractérisés par de l'épilepsie jacksonienne dans lesquels la lésion cérébrale était bien limitée à un point de la région des centres moteurs dans l'écorce cérébrale.

Ces cas simples sont relativement peu communs ; dans les grandes séries de trépanation, on doit compter des cas très nombreux dans lesquels l'épilepsie jacksonienne accompagnait des lésions éloignées des centres moteurs ou de grosses lésions ne touchant que fort peu ces centres moteurs.

Parmi les cas qui peuvent entraîner la conviction, je puis citer trois observations de tumeur : l'une du lobe frontal, l'autre du lobe droit du cervelet et la troisième de la base du crâne sans lésion du parenchyme cérébral.

Dans ces cas il y eut des attaques d'épilepsie jacksonienne. Dans deux de ces cas les attaques sont restées limitées aux membres supérieurs; dans le dernier elles se généralisaient ensuite.

Il fut évident, au cours des opérations très larges, que la région des centres n'avait subi aucune modification directe. L'autopsie montra les lésions éloignées que je viens de signaler

Dans deux cas plus récents il s'agissait de lésions très étendues en surface : une tumeur très vasculaire avec un kyste central développé en arrière de la région des centres. Après l'évacuation de la tumeur, qui fut précédée d'une très large trépanation, les crises jacksoniennes de la main gauche s'atténuèrent beaucoup, bien que la tumeur n'eût pu être supprimée

Dans un autre cas de crise jacksonienne avec tremblements de la main droite je n'ai trouvé qu'une méningo-encéphalite assez généralisée. La très large décompression produite par mon opération donna un soulagement considérable. Même si celle-ci ne se maintient pas, le cas démontre que l'excitation des centres n'avait rien de localisé, malgré la localisation des convulsions. S'il n'est pas contestable qu'en certain cas l'épilepsie localisée indique une lésion localisée des centres moteurs, il faudrait bien se garder d'admettre la relation constante du symptôme et de la lésion. En se guidant sur l'épilepsie localisée on peut trouver une lésion bien plus étendue que la région motrice. On peut avoir affaire à une lésion qu'on ne trouvera pas parce qu'elle est très éloignée du centre moteur.

Dans les cas dans lesquels j'ai vu l'épilepsie jacksonienne donner des résultats plus précis, elle se combinait à des accidents de paralysie ou de contracture.

J'en ai vu un beau cas en 1887, paralysie droite, aphasie, épilepsie débutant par le côté droit, tumeur syphilitique de la voûte crânienne modifiée par la trépanation, et un cas bien plus curieux encore en 1889 : sur un sujet de 53 ans, présentant de la parésie du côté droit, et des accès épileptiformes débutant dans le membre droit, je trouvai un foyer hémorrhagique de la circonvolution frontale ascendante.

A la suite de l'opération, le malade resta quatre mois sans attaque aucune et considérablement amélioré.

Je ferai remarquer que dans ces deux derniers cas l'épilepsie est associée d'une façon plus ou moins marquée à un autre symptôme de localisation fonctionnelle.

Dans bon nombre des observations d'épilepsie jacksonienne citées par les auteurs, on trouve l'indication de cette association sans qu'on en tienne le compte qu'il est nécessaire d'en tenir.

De ces faits et des faits très nombreux dans lesquels j'ai pu obtenir une guérison ou une très grande amélioration, après avoir trépané en me guidant sur d'autres phénomènes que sur l'épilepsie localisée, je conclus qu'on a exagéré l'importance de la localisation des convulsions.

Elles sont bien loin d'avoir l'importance directrice des paralysies ou des contractures.

La douleur, les vertiges et les phénomènes de compression intra crânienne restent des indications opératoires qui doivent passer bien avant les localisations épileptiques.

En cas de localisation épileptique il faut se garder absolument des opérations à champ trop étroit. Dans ces cas, on s'expose d'abord à ne rien trouver du tout et surtout à n'apporter aucun soulagement au sujet. Je propose toujours depuis longtemps l'opération la plus large possible.

L'épilepsie jacksonienne contribue à déterminer le côté de l'intervention. Associée à d'autres phénomènes dirigeants, elle devient très précieuse sous tous les rapports. Mais, dans quelque circonstance que ce soit, une opération très large est indiquée.

En résumé, l'épilepsie jacksonienne, qui donne un élément précieux de direction pour la trépanation, est loin de donner des renseignements toujours fidèles sur les localisations des maladies cérébrales.

Seule l'épilepsie jacksonienne peut caractériser des lésions relativement éloignées du foyer cérébral qu'elle accuse. J'ai vu des tumeurs de la base du cerveau s'accompagner d'épilepsie jacksonienne.

Il en est tout autrement si l'épilepsie jacksonienne est accompagnée de phénomènes de contracture et surtout de monoplégies.

Mais dans les indications de ses trépanations, le chirurgien doit toujours tenir un grand compte du phénomène douleur, qui reste une des plus précieuses indications de l'intervention.

Il doit en outre et toujours faire des ouvertures infiniment plus larges que celles que paraît comporter l'intervention localisée.

Ces très grandes ouvertures seules lui permettent de découvrir les lésions, dont l'étendue ne lui est presque jamais révélée par la localisation des phénomènes. Elles lui permettent aussi d'exercer l'action si précieuse de la décompression cérébrale qui joue un rôle capital dans la thérapeutique par la trépanation.

Epilepsie jacksonienne traitée avec succès par la craniectomie.

M. A. Voisin a observé un cas d'épilepsie jacksonienne chez un jeune garçon de 17 ans. Il est atteint depuis l'âge de 4 ans d'attaques convulsives du côté gauche qui débutent par une aura douloureuse du membre supérieur gauche.

Tous les traitements pharmaceutiques avaient échoué et le jeune homme était arrivé à ne plus pouvoir quitter son lit, tellement le nombre des attaques était grand : il était, de plus, tombé dans un état voisin de l'idiotisme. Aussi, M. Voisin pensa qu'une opération chirurgicale pouvait seule offrir quelques chances de succès, et il pria M. Péan de faire une large craniectomie au côté droit de la tête (région temporo-pariétale).

Une partie d'os, longue de 0m115 et large de 0m05, fut enlevée au niveau des circonvolutions fronto-pariétales ascendantes.

La dure-mère présenta une voussure très marquée ; la pie-mère apparut très vascularisée ; la substance cérébrale fut trouvée notablement dure, comme sclérosée.

Les suites de l'opération furent simples. Depuis, la douleur du membre supérieur gauche a totalement cessé, le jeune homme n'a eu que trois attaques ; il n'a conservé que quelques tressaillements, quelques légères secousses ; il a repris peu à peu son intelligence et aujourd'hui il s'est remis au travail.

Il y a deux ans et demi que l'opération a été pratiquée et tout fait penser que la guérison se maintiendra.

Résultats de l'intervention chirurgicale pour la cure de l'épilepsie jacksonienne.

M. R. Lavista (de Mexico). — L'épilepsie jacksonienne est motivée par des lésions de la zone psychomotrice de l'encéphale. Elle offre des formes multiples rarement circonscrites, avec des manifestations localisées à un seul membre ou segment de ce membre, mais elle se généralise communément en conservant son type primordial.

On l'observe plus fréquemment dans le premier cas. Quand elle se généralise, elle a ordinairement son point de départ sur les muscles de la moitié de la face, principalement sur la moitié droite parce que plus communément la lésion existe sur le lobe cérébral gauche.

Beaucoup de causes peuvent produire des lésions anatomiques dans le sillon de Rolando, mais les plus communes à Mexico sont traumatiques d'abord, syphilitiques immédiatement après ou pachyméningées. La pachyméningite s'observe fréquemment à la suite du traumatisme, elle est rarement tuberculeuse à Mexico.

On a coutume de trouver des lésions dégénératives avec le caractère gliomateux comme causes de l'épilepsie jacksonienne.

Dans notre pratique, nous avons eu l'occasion de rencontrer plusieurs faits bien prouvés, offrant comme particularité leur localisation plus précise.

L'évolution de ces diverses lésions est excessivement lente et ses manifestations presque toujours tardives ; comme conséquence naturelle, le procès pathologique devient diffus et naturellement difficile à modifier avec les ressources chirurgicales.

J'ai rarement eu l'occasion de le trouver parfaitement limité ; dans un cas pareil, la souffrance n'était pas dyscrasique, il s'agissait d'un kyste hémorrhagique consécutif au traumatisme. Il convient de signaler cette circonstance par la bénignité de la lésion et le résultat

vraiment satisfaisant obtenu par l'intervention. On déduit naturellement de cela que l'opération, la craniotomie seule est justement indiquée comme ressource curotide radicale, en pareil cas.

Vingt-cinq interventions pratiquées dans des cas multiples d'épilepsie jacksonienne d'ordre pathologique ne m'ont donné que des résultats incomplets. Le seul cas de cure radicale a été d'origine traumatique et se rapporte à celui du kyste cérébral déjà mentionné. Le mieux passager dans les cas de syphilis cérébrale (syphiloma méningé) n'a donné que le bienfait que produit la décompression qui permet la conservation et la prolongation de la vie pour un temps plus ou moins long. Il se détermine d'ordinaire des lésions régressives descendantes, qui envahissent les pyramides et atteignent tôt ou tard le bulbe.

Mes malades ont perdu successivement leurs facultés sensorielles sensitives et motrices en produisant fréquemment la paralysie, spastique quelquefois. Les accidents d'ordre psychique n'ont pas été dominants. J'ai observé quelquefois la forme mégalomaniaque, rarement la forme de manie aiguë; après l'intervention, la guérison du délire a été obtenue temporairement. Tôt ou tard, celui-ci reparaît, les accidents se généralisent et occasionnent la mort. Les désordres psychiques donnent une gravité spéciale à l'épilepsie jacksonienne et contre-indiquent l'opération.

L'intervention opératoire en elle-même a toujours été innocente, tant qu'elle a été pratiquée sur la voûte crânienne; quand il est nécessaire de l'étendre à la fosse temporale, elle se complique facilement d'accidents hémorrhagiques ou infectieux.

Les grandes excisions crâniennes permettent seules l'exploration de la partie postéro-supérieure du sillon de Rolando. Il serait à désirer que la technique opératoire se perfectionnât pour atteindre impunément la partie antéro-inférieure; tant que cela ne s'obtiendra pas, l'opération restera toujours insuffisante et incomplète.

Parmi les accidents, auxquels se heurte le chirurgien après l'opération, figure en première ligne la hernie du cerveau; quelquefois, je me suis vu obligé de faire des excisions de grandes portions de l'organe à cause des lésions nécrobiotiques et de la suppuration consécutives, le résultat a toujours été désastreux. Quand la hernie est de peu d'importance, on peut la réduire par la compression qui suffit en beaucoup de cas; si l'exagération de la tension cérébrale ne persiste pas, on peut la dominer; dans le cas contraire, l'accident est difficile à maîtriser.

En thèse générale, si la lésion dont il s'agit n'est pas parfaitement circonscrite, l'effort chirurgical est insuffisant pour la guérir, et si en outre elle obéit à des causes générales difficiles à déplacer, le mauvais résultat est presque certain. Cette dernière circonstance domine pleinement l'indication opératoire qui est en elle-même innocente, mais très loin de satisfaire les nécessités de la thérapeutique.

En résumant les bienfaits obtenus jusqu'à ce jour par la craniotomie pour la guérison de l'épilepsie jacksonienne, ils sont bien petits, et les indications que réclament les diverses lésions occasionnées par la maladie sont si limitées, que nous ne pouvons pas nous féliciter d'avoir obtenu de grands bienfaits dans cette voie.

La question d'opportunité est capitalement intéressante dans ces cas, ce qui fait que nous conseillerons la craniotomie exploratrice dès le commencement des manifestations épileptiques, avec d'autant plus de raison que nous sommes convaincu pleinement de l'inutilité de tous les moyens thérapeutiques conseillés. On obtiendrait de cette manière, au moins, l'avantage d'éviter le développement des lésions secondaires, presque toujours de caractère régressif, nécessairement incurables; on limiterait à la fois le traumatisme opératoire en diminuant les dangers quoique éloignés, qui, quelquefois, les accompagnent ou les suivent.

(Médecine Moderne.)

La commune de Juzennecourt, chef-lieu de canton (Haute-Marne) demande un médecin.

On peut faire la pharmacie; il n'y a dans le canton qu'un seul médecin dans une commune distante de neuf kilomètres; subvention annuelle de la commune: cinq cents francs pendant quatre ans; chemins tous praticables à la bicyclette, logement à bon marché.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

63e Année. 10e Série. Tome I. N° 38 18 Septembre 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU.**

SOMMAIRE. — Travaux originaux : La correction des gibbosités, par L. Ombrédanne *(suite)*. — Douzième Congrès international des Sciences médicales : *Section de chirurgie :* Chirurgie du rein et de l'uretère. — Suture des plaies artérielles. — De la symphyséotomie. — Traitement chirurgical de la péritonite chez la femme. — De la prostatectomie. Traitement chirurgical du trachôme. — Traitement abortif de la blennorrhagie aiguë masculine par les pansements intra-urétraux combinés avec les lavages antiseptiques de l'urèthre. — Académie de Médecine (séance du 14 septembre) : Dangers des opérations dans le goitre exophtalmique. — Les Livres.

TRAVAUX ORIGINAUX

La correction des gibbosités (1).

Par L. Ombrédanne,

Aide d'anatomie à la Faculté, interne des hôpitaux.

(Suite.)

De Saint-Germain (2) « n'hésite pas à promettre un succès éclatant au praticien qui osera prescrire l'immobilité dans une gouttière de Bonnet pendant six mois ». Mais, en regard des avantages indiscutables de la contention par un bon appareil dans le décubitus horizontal, il faut mettre les inconvénients qui résultent pour l'enfant de la privation, de distractions, de la perte de la gaieté, de l'appétit. Pourtant dans tous les cas où jadis on était obligé de recourir à la gouttière de Bonnet, ou aux lits orthopédiques, c'est-à-dire en somme où l'on cherchait à obtenir le redressement lent et progressif, on aurait avantage à réduire sous chloroforme en un seul temps la difformité, et à la maintenir en bonne position le temps nécessaire en recourant au besoin aux ligatures apophysaires.

Nous avons vu dans le service de Calot, un jeune homme atteint de scoliose grave, redressé et maintenu dans un appareil.

Si, dans la majorité des cas, les scolioses habituelles peuvent disparaître sans exiger comme traitement l'immobilité au lit, il en est tout autrement des scolioses rachitiques. Ici, les lésions semblent avoir une allure plus maligne, être plus profondes, entraîner plus vite des déformations secondaires. Sans doute, certains cas légers pourront être guéris par le massage et la gymnastique orthopédique; mais, dans certaines formes à évolution presque aiguë, il y a tout bénéfice à prescrire le redressement en un temps suivi d'immobilisation. Chipault après avoir guéri par son procédé un enfant atteint d'une de ces formes rebelles de cyphose rachitique, conclut que la correction forcée des gibbosités rachitiques doit être réservée aux cas où « un mauvais milieu hygiénique, le mauvais vouloir des parents, la forme mauvaise du rachitisme, ou tout autre cause fait que l'affection, loin de s'améliorer malgré tous les soins, s'aggrave au contraire, et tend à devenir irréductible. »

Lorsque les gibbosités essentielles sont ankylosées, irréductibles, le redressement forcé seul pourrait permettre la correction de la déformation. Mais ici les observations manquent, et jusqu'à présent, que nous sachions, aucune tentative n'a été faite pour corriger une scoliose rachitique ancienne.

Enfin, dans tous les cas où le thorax, le bassin, le rachis présentent des déformations secondaires, il est de toute évidence que le redressement est formellement contre-indiqué. Peut être à la rigueur les courbures vertébrales de compensation s'effaceront-elles; jamais la cage thoracique ni la ceinture pelvienne ne reprendraient leur forme première.

En résumé, il nous semble que le plus grand nombre des déviations essentielles du rachis ne sont pas justiciables du redressement en un temps suivi de

(1) Extrait des *Archives générales de Médecine*, n° 9, septembre 1897.

(2) De Saint-Germain : *Chirurgie orthopédique.*

contention, mais seulement du massage et de la gymnastique orthopédique. Au contraire, certains cas de gibbosités rachitiques au début, bénéficieront à titre exceptionnel de ce mode de traitement.

Les scolioses enkylosées ou déjà accompagnées de notables déformations du thorax ou du bassin doivent être respectées.

Il est une autre vaiiété de gibbosités dont nous ne dirons que quelques mots : ce sont les déformations symptomatiques de lésions pleurales, de paralysies ou de contractures musculaires, celles qui accompagnent certaines névralgies sciatiques, celles qui résultent de cicatrices étendues. Elles nous semblent en tout points comparables aux scolioses habituelles, et justiciables du même traitement.

A côté des traumatismes et des déviations essentielles du rachis, se placent les déviations symptomatiques de la tuberculose vertébrale. A ces lésions se sont attaqués surtout les chirurgiens dans ces derniers temps. Ce sont elles que nous allons examiner maintenant.

La tuberculose vertébrale infléchit le rachis lorsqu'elle se présente sous la forme limitée caverneuse, creusant un ou plusieurs corps vertébraux d'une cavité qui tantôt reste close, tantôt s'ouvre soit en avant, ce qui est le plus fréquent, soit en arrière. C'est le dernier terme de l'évolution du tubercule enkysté de Nélaton, de la carie profonde de Boyer. A ce moment, sous l'influence de la pesanteur, ou de la contracture musculaire qui se produit constamment au voisinage du foyer tuberculeux, les corps vertébraux sont écrasés surtout au niveau de leur portion antérieure la plus malade, entre les pièces osseuses sus- et sousjacentes. Il en résulte la formation d'une déviation médiane du rachis, angulaire si peu de vertèbres ont fléchi, mousse, en anse, si les vertèbres cariées sont nombreuses.

Souvent à ce moment apparaissent les paralysies du mal de Pott.

Or, la moelle, par suite de la flexion rachidienne, se trouve couchée sur une vive arête plus ou moins marquée, et comprimée par elle contre la portion postérieure du canal rachidien. Il serait logique de supposer *a priori* que cette compression, cause presque exclusive des accidents dans les traumatismes du rachis, joue encore ici le même rôle, et que la supprimer en effaçant la vive arête par le redressement, serait donner au malade les plus grandes chances de guérison, puisqu'ici la compression s'établit en général progressivement, que les troubles nerveux apparaissent lentement, que la moelle par conséquent ne doit pas être, au début profondément atteinte. Mais Charcot, Michaud, Bouchard, Cornil ont bien montré que c'était souvent à une propagation aux méninges de l'infection tuberculeuse, à la production d'une lésion spéciale, la pachyméningite externe caséeuse, se traduisant par l'épaississement et la caséification progressifs de la dure-mère, qu'il fallait attribuer les accidents nerveux. Il peut se faire là, entre la dure-mère et la partie postérieure des corps vertébraux, une collection purulente, développée sur place aux dépens de la tuberculose méningienne, ou entrée par effraction dans le canal rachidien, après avoir pris naissance dans un corps vertébral. Il peut se produire une hémorrhagie entre la dure-mère et la pie-mère. Abcès froid ou hématôme compriment progressivement la moelle. Il semble que les myélites transverses du mal de Pott soient bien plus souvent dues à la compression qu'amènent ces foyers de méningite qu'à une action mécanique sur la moelle du rachis infléchi.

Mais ces complications nerveuses peuvent manquer dans le mal de Pott, et le malade peut guérir : il reste seulement bossu.

Il guérit « au moyen de sa gibbosité » dit Kirmisson, et les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le tassement vertébral favorise la production du cal qui rendra au rachis sa solidité. L'ossification réparatrice dans la tuberculose vertébrale est très limitée peu active nous dit Lannelongue; pourtant, indépendamment de la soudure intermédiaire qui se fait entre les vertèbres, on voit se constituer des jetées périphériques unissant parfois plusieurs vertèbres entre elles, et situées en général sur les parties latérales des corps vertébraux.

De plus, il se fait entre les arcs postérieurs, tantôt un simple rapprochement, tantôt une soudure.

Regnault (1) a vu dans les cas de cyphose pottique les lames vertébrales s'agrandir, devenir énormes, plus hautes que larges; les apophyses épineuses se raccourcissent, s'abaissent, s'élargissent par leur face inférieure.

La cyphose et la scoliose des adolescents, les déviations rachitiques s'accompagnent des mêmes déformations de l'arc postérieur.

(1) *Bulletin Société anatomique*, février, mars 1897, fascicul 5.

Enfin, le même auteur (1) a pu constater que fréquemment une colonne vertébrale tuberculeuse abandonnée à elle-même se consolide spontanément par ankylose de ses apophyses et soudures de ses lames.

Telle est la bosse pottique, produite par la désintégration lente des corps vertébraux qui s'effondrent, fixée et consolidée, au moment de la guérison spontanée de la lésion causale à la fois au niveau du corps, autour de lui, et au niveau de l'arc postérieur.

Y a-t-il lieu de tenter, avant ou après sa consolidation, le redressement d'une telle gibbosité ?

L'opinion générale jusqu'à ces derniers temps était que la gibbosité pottique devait être respectée; le redressement était considéré comme une entreprise impuissante, inutile et dangereuse.

Calot, pensant que le redressement maintenu dans un appareil suffisamment bien fait supprimerait la compression réciproque des corps vertébraux, causée non seulement par la pesanteur, mais encore par la contracture musculaire, compression qui favorise singulièrement l'ulcération osseuse, comme l'a montré Lannelongue; pensant d'autre part que « la nature possède des ressources pour réparer les désordres produits dans le rachis, soit par la maladie, soit par les manœuvres chirurgicales de correction » (2), n'hésite pas à conseiller le redressement forcé.

Les arguments qu'on a pu élever contre cette pratique visent d'une part, les lésions que le chirurgien peut produire du côté de la moelle et des méninges, ou du côté des organes du médiastin postérieur, d'autre part la possibilité d'une non consolidation du rachis dans l'attitude correcte et par conséquent la reproduction de la difformité, sitôt le malade sorti de son appareil de contention.

Pour ce qui est de la moelle et des méninges, jamais elles n'ont été lésées, ni dans les réductions pratiquées sur le malade, ni dans les expériences faites sur le cadavre. Il semble donc que cette première objection puisse être écartée, et la rupture des méninges ou les hémorrhagies intra-rachidiennes, que Lambotte (3) redonte, sont des complications hypothétiques. Il semble qu'on en puisse dire autant de la production d' « esquilles saillantes dans le canal rachidien ». Lambotte admet aussi la possibilité de lésions des vaisseaux du médiastin solidement fixés à la colonne vertébrale par des adhérences inflammatoires. Les observations cliniques ou cadavériques sont encore muettes à ce sujet.

Au contraire, la non consolidation semble à craindre : les délabrements osseux qu'entraîne le redressement sont tellement étendus que la cicatrisation en devient, semble-t-il, impossible. C'est la conclusion à laquelle s'est arrêté Menard, à la suite d'expériences cadavériques. Sur cinq sujets (1) gibbeux morts à l'hôpital de Berck, il a pratiqué *post mortem* le redressement brusque. Il a toujours produit au-devant du rachis une excavation dont la hauteur variait entre deux et huit centimètres, que l'appareil de contention aurait maintenue béante.

Brun (2) a pu faire une expérience analogue et a observé le même fait.

Malherbe (3) a présenté à la Société anatomopathologique de la Loire-Inférieure la colonne vertébrale d'un enfant mort onze jours après le redressement. Il y avait dans la plèvre droite, raconte l'auteur, un épanchement hémorrhagique d'un litre environ et des fausses membranes tapissaient la cavité.

Les fragments du rachis présentaient un écartement énorme ; la paroi antérieure d'un abcès tuberculeux était déchirée ; enfin, au milieu de la colonne vertébrale lombaire, un nouvel abcès était en train de se collecter.

La non consolidation semble donc à craindre, même en admettant que le redressement en lui-même soit inoffensif.

Pourtant Calot, dans un certain nombre de radiographies, faites sur des enfants maintenus en rectitude après redressement, depuis longtemps, a vu un tassement considérable, pouvant aller jusqu'à trois et quatre centimètres, au niveau des arcs postérieurs des vertèbres. C'est là un point fort important, car il semble devoir favoriser singulièrement la consolidation ultérieure du rachis redressé.

Mais toutes les bosses pottiques ne sont pas également accentuées, également étendues, également anciennes. Suivant le cas, elles seront plus ou moins faciles à corriger, exposeront plus ou moins le malade aux complications immédiates, à la récidive ultérieure de sa difformité.

(1) Travaux de neurologie chirurgicale 1897.
(2) CALOT : *Archives provinciales de Chirurgie*, février 1897.
(3) LAMBOTTE : *Loco citato.*

(1) MENARD : *Presse médicale*, 14 juillet 1897.
(2) BRUN : Société de Chirurgie, 12 mai 1897.
(3) MALHERBE : *Gazette médicale de Nantes*, 12 juin 1897.

Chipault a tenté de diviser les gibbosités dues à la tuberculose vertébrale en plusieurs catégories, non justiciables du même traitement.

Les gibbosités non ankylosées de l'enfant, et non accompagnées d'abcès froids ou de paralysies, sont justiciables du redressement. Ces gibbosités non ankylosées correspondent à un foyer vertébral d'ordinaire récent, datant de trois mois à un an; le travail de cicatrisation osseuse n'y est pas encore cliniquement appréciable. Le rachis est encore douloureux et faible. Les enfants ne peuvent soutenir le poids de la partie supérieure de leur corps : ils se cramponnent aux objets environnants, pour tenter de soulager leur colonne vertébrale insuffisante.

Sous chloroforme, on constate que l'extension et la contre-extension effacent facilement cette gibbosité, ordinairement peu volumineuse. Elle se réduit par une sorte de déroulement régulier, souvent sans qu'il soit nécessaire d'exercer sur son sommet aucune pression directe. En tout cas, une pression minime suffit à rendre la correction parfaite. Ces cas de gibbosité réductible sont les plus nombreux et c'est, en général, à cette période que les enfants sont pour la première fois amenés au chirurgien.

L'opportunité du redressement, lorsqu'il existe, soit un abcès froid volumineux, soit des accidents radiculo-médullaires devient discutable. Le redressement ne guérira pas la paraplégie si elle est liée à des lésions méningées.

Pourtant Chipault a eu un fort beau succès en traitant par son procédé, réduction en un temps suivie de ligatures apophysaires, un enfant qui présentait de la paraplégie et chez qui les accidents disparurent à la suite de l'intervention.

Le redressement est également contre-indiqué quand la gibbosité est très étendue et présente l'aspect d'une *anse de pot* : cette variété de déformation indique qu'un grand nombre de corps vertébraux sont atteints par le processus destructeur. D'après Menard, il suffirait, pour connaître le nombre de vertèbres affaissées, de compter extérieurement les apophyses épineuses appartenant nettement à la courbure pathologique. Peut-être même le chiffre obtenu serait-il trop faible.

Mais Lorinser (1) pense que le degré de gibbosité serait seulement la conséquence de la présence ou de l'absence de symptômes nerveux : ceux-ci sont-ils précoces, le malade prend le lit de bonne heure et la déformation rachidienne est minime. Sont-ils tardifs, le malade continue longtemps à vaquer à ses occupations, la gibbosité s'exagère et atteint un volume considérable.

Aussi la dimension de la gibbosité ne doit-elle pas être une contre-indication formelle du redressement.

Chez l'adulte, Chipault pense qu'il faut s'abstenir de toute manœuvre. Il repousse également le redressement dans tous les cas de gibbosités ankylosées, craignant de réveiller par un traumatisme intempestif les petits foyers tuberculeux qui restent inclus souvent dans le cal vertébral et n'ont déjà que trop de tendance à reprendre leur virulence sans cause extérieure appréciable.

Calot, sans nier qu'il ait eu une série heureuse, pense que, pour le moment, aucune catégorie de gibbeux ne doit être considérée formellement comme non opérable. Il lui semble aussi légitime de corriger les gibbosités que la déviation de la hanche ou du genou dans les tumeurs blanches de ces jointures; non seulement aussi légitime, mais aussi nécessaire, aussi urgent. Il est vrai que Vincent (1) trouve inacceptable cette comparaison, la rupture de l'ankylose ou la résection de ces articulations ne tendant pas à écarter les surfaces comme il arrive pour le rachis.

Monod, dans son rapport à l'Académie, déconseille le redressement des gibbosités anciennes ou trop étendues, l'admet pour les déformations récentes.

Telle est, au sujet des indications du redressement, l'opinion des chirurgiens qui se sont surtout occupés de la question.

Certaines bosses doivent donc être redressées, qu'elles soient d'origine traumatique, essentielle ou tuberculeuse.

Il nous semble résumer l'opinion de la majorité des chirurgiens à l'heure actuelle en disant :

Les gibbosités traumatiques sont dangereuses; l'expectation serait pour le malade plus redoutable que l'intervention, quelque grave qu'elle soit : le redressement doit donc être immédiatement pratiqué. Au cas de complications tardives, la gravité du pronostic constitue encore une indication formelle du même traitement.

Les gibbosités dites essentielles sont seulement disgracieuses. Les scolioses habituelles guérissent par la gymnastique ou grâce à des appareils permettant

(1) Lorinser : *Chronique Wirbelentzüdung in Handb. der allgem. und spec. Chir.*

(2) Vincent : *Lyon médical*, 4 juillet 1897.

la marche. Seules les formes graves de déviations rachitiques légitiment le redressement en un temps suivi de contention.

Les gibbosités pottiques sont parfois dangereuses; en tout cas, le traitement orthopédique ne les corrige jamais. Aussi les gibbosités récentes, minimes, réductibles facilement, et non compliquées d'abcès froids ou de paraplégie sont éminemment justiciables de l'intervention, toujours bénigne dans ces conditions. Pour les gibbosités de l'adulte, les gibbosités ankylosées, guéries par conséquent, rien ne presse; il y a lieu d'attendre jusqu'à ce que l'expérience ait démontré d'ici un à deux ans que les rachis redressés peuvent se consolider en rectitude, et que la récidive ne se produit pas : alors on pourra opposer aux risques que va courir le malade la certitude d'une guérison aujourd'hui encore hypothétique.

L'étendue seule de la gibbosité ne contre-indique pas le traitement opératoire.

Chez un gibbeux présentant des abcès froids, de la paraplégie ou d'autres complications, le chirurgien se guidera sur l'état général du sujet et sur la nature, l'étendue, l'âge de la lésion qu'il soupçonne pour prendre une décision.

Ceci posé nous allons voir quelles manœuvres permettent d'obtenir le redressement des gibbosités, quelles méthodes semblent plus particulièrement applicables à chacune de leurs variétés.

Le traitement destiné à corriger une gibbosité doit comprendre deux séries de manœuvres : le redressement de la déformation d'abord, la contention du rachis redressé ensuite, en admettant que la nature complaisante veuille bien faire les frais de la réparation osseuse, et consolider la colonne vertébrale dans la position où l'a placée le chirurgien.

« On a comparé disait de Saint-Germain (1), la colonne vertébrale irréfléchie à un arc. Pour redresser un arc, deux moyens sont à notre disposition : exercer une traction sur les deux extrémités de l'arc; ou faire une pression sur le point culminant de la courbure avec contre-pression en sens inverse sur les deux extrémités de l'arc. »

La traction sur les deux extrémités de l'arc, c'est en somme l'extension et la contre-extension. Les manœuvres de Glisson, de Sayre, qui suspendaient leurs malades, avaient pour but de confier l'extension au poids du corps, tandis que la contre-extension était représentée par le point de suspension. Les lits orthopédiques à extension continue chargeaient de l'extension des poids ou des ressorts prenant point d'appui au pelvis ou aux membres inférieurs tandis que la ceinture scapulaire était fixée au lit et représentait ainsi la contre-extension.

(A suivre.)

(1) De Saint-Germain : *Chirurgie orthopédique*, p. 304.

DOUZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

SECTION DE CHIRURGIE

Chirurgie du rein et de l'uretère.

M. Tuffier. — Le nombre des opérations que j'ai pratiquées sur le rein s'élève à 156. Autrefois je faisais couramment la néphropexie, mais dans la suite j'ai limité peu à peu mes indications de cette opération, de sorte que je suis arrivé à ne plus l'exécuter que deux ou trois fois par an.

J'ai fait 30 néphrectomies : sur ce total un certain nombre de résections partielles du rein pour tumeurs bénignes de cet organe se sont terminées par la guérison.

En outre des néphrectomies totales, j'ai pratiqué le morcellement du rein d'après le procédé de Péan; j'ai fait aussi la ligature isolée du pédicule vasculaire.

J'ai pu me convaincre que dans les lésions traumatiques du rein il est bon de s'en tenir autant que possible à une chirurgie conservatrice.

Dans les cas de tuberculose rénale primitive, je suis d'avis de pratiquer la néphrectomie afin d'éviter dans la suite des opérations complémentaires.

Le traitement des hydronéphroses est encore une question pendante. Pour ma part, j'ai adopté comme règle d'opérer transpéritonéalement les hydronéphroses très volumineuses et de faire la néphropexie dans les cas d'hydronéphrose intermittente. J'ajouterai que j'ai aussi eu l'occasion d'intervenir chez deux sujets atteints d'hématohydronéphrose.

M. Gersuny (de Vienne). — J'ai observé un cas très intéressant au point de vue de la valeur diagnostique du cathétérisme des uretères. Il s'agit d'un homme atteint de pyélonéphrite purulente auquel j'ai enlevé un rein après m'être rendu compte au moyen du cathétérisme urétéral, de l'état absolument normal de l'urine provenant de l'autre rein. Le soir du jour même de l'opération, le patient succomba à l'anurie. L'autopsie montra que le rein laissé en place était transformé en une poche purulente et que l'urine normale obtenue par le cathétérisme

de l'uretère provenait de la seule pyramide restée intacte. Si j'avais pu prévoir cette éventualité, je me serais borné dans ce cas à une simple néphrotomie.

M. Küster (de Marbourg). — La néphrectomie pour tumeurs malignes n'a donné jusqu'ici que des résultats peu brillants. La mortalité de cette intervention a baissé de 60 à 41 0/0, mais ce dernier chiffre est encore très élevé. En outre, il ressort de mes statistiques que sur 263 néphrectomies pour néoplasmes malins suivies de guérison opératoire, 9 malades sont jusqu'ici, c'est-à-dire depuis trois ans, restés indemnes de récidive.

Les perfectionnements de l'exploration clinique permettront, je l'espère, de reconnaître la maladie à une période moins avancée de son évolution et modifieront ainsi le pronostic encore sombre de l'opération. La palpation ne fournit pas les renseignements nécessaires lorsque la tumeur siège au centre du rein ou à son pôle supérieur, ce qui, d'après mon expérience, se produit très fréquemment. D'autre part, une palpation méthodique n'est pas sans présenter l'inconvénient de favoriser les métastases en mobilisant les masses néoplastiques qui ont pénétré à l'intérieur des vaisseaux. Pour toutes ces raisons, je conseille, lorsqu'on soupçonne l'existence d'une tumeur rénale, de mettre à nu les deux reins, cette opération étant l'unique moyen d'établir un diagnostic ferme.

Je distingue trois groupes bien définis de tumeurs rénales. Le premier comprend les cancers proprement dits. Ce sont des tumeurs dures qui ne deviennent accessibles à la palpation que tardivement, mais qui perforent précocement la capsule et sont peu mobiles.

La seconde catégorie est constituée par les sarcômes, que l'on rencontre surtout chez les enfants et qui donnent rapidement lieu à la formation de tumeurs volumineuses, perforant tardivement la capsule. Les adhérences observées dans ces cas sont de nature purement inflammatoire.

Le troisième groupe renferme les tumeurs des capsules surrénales. Ces néoplasmes laissent généralement libre le pôle intérieur du rein, restent des années dans le *statu quo*, puis commencent à s'accroître brusquement et deviennent très malignes.

Je résumerai ainsi qu'il suit les indications opératoires en ce qui concerne les tumeurs rénales : dans les cas douteux, il faut mettre à nu les deux reins afin de bien établir le diagnostic; les tumeurs franchement mobiles doivent être traitées par l'incision lombaire; les tumeurs difficilement mobiles exigent la laparotomie, et en présence de néoplasmes complètement immobilisés, il faut s'abstenir d'opérer.

M. J. Israel (de Berlin). — J'ai pratiqué 79 néphrectomies primitives par la méthode extrapéritonéale, avec 16 morts, dont 9 décès post-opératoires et 7 morts éloignées. Dans 24 cas, il s'agissait de tumeurs malignes: 3 patients ont succombé à l'intervention, 3 antres sont morts après un espace de temps plus ou moins long, 7 ont récidivé. Parmi mes autres malades, 6 sont opérés depuis plus de trois ans et n'ont pas eu de récidive, les deux plus anciens ayant été opérés l'un il y a dix ans et sept mois, l'autre il y a neuf ans.

20 néphrectomies ont été faites pour tuberculose du rein, avec 8 morts, dont 3 post-opératoires et 5 éloignées, sur les 12 interventions suivies de succès, 4 datent de moins d'un an, mais pour les 8 autres la guérison se maintient depuis huit ans trois mois, quatre ans un mois, deux ans sept mois, deux ans deux mois, deux ans un mois, un an dix mois, un an sept mois et un an trois mois.

J'ai fait 18 néphrectomies primitives pour pyonéphrose, avec 4 morts, et 8 pour hydronéphrose, avec 1 mort éloignée due à une entérite hémorrhagique.

Les 9 autres néphrectomies primitives que j'ai pratiquées ont été nécessitées par des lésions syphilitiques, des suppurations interstitielles ou des lésions calculeuses; elles ont toutes été suivies de guérison.

10 néphrectomies secondaires pour pyonéphrose, hydronéphrose, abcès du rein ou urétérite, m'ont donné 3 morts post-opératoires et 7 guérisons.

Je n'ai fait qu'une seule fois une résection partielle du rein dans un cas de tuberculose, et la guérison se maintient depuis deux ans et sept mois.

La néphrotomie, pour hydronéphrose, pyonéphrose ou abcès du rein, m'a donné, sur 19 opérations, 4 morts, 6 guérisons sans fistules, 4 guérisons avec fistules; cinq fois j'ai dû pratiquer la néphrectomie secondaire.

Mes opérations pour calculs du rein sont au nombre de 22. Dans 17 cas, où il n'y avait pas d'anurie, 7 pyélolithotomies et 10 néphrolithotomies m'ont donné 1 seul mort. Je n'ai eu aucune récidive après la néphrolithotomie, mais j'en ai observé une après la pyélolithotomie.

Je compte 7 interventions sur l'uretère. J'ai notamment fait 2 urétérotomies pour calculs, suivies de guérison. J'ai également pratiqué avec succès 2 urétérectomies, pour un cas de lithiase et pour un cas de tuberculose.

Enfin, j'ai fait 16 opérations pour abcès péri-néphrétiques avec une seule mort.

Les autres interventions que j'ai exécutées soit sur le rein, soit sur l'uretère, se rapportent à des cas spéciaux, qu'il serait trop long de détailler ici.

M. Jonnesco. — Depuis 1895, j'ai pratiqué quatorze fois la néphropexie. Dans mes deux premiers cas, j'ai employé les procédés Guyon-Tuffier combinés, c'est-à-dire avec décortication, mais en modifiant la façon de passer les fils doubles. En effet, tandis que Guyon passe un seul chef du fil double à travers le tissu musculaire, laissant l'autre chef entre les lèvres de la plaie, j'ai fait pénétrer les deux chefs à travers la masse musculaire, où je

les ai noués, cherchant ainsi à donner au fil une direction aussi horizontale que possible par rapport au rein, pour éviter la section du parenchyme rénal.

Mais, dès mon troisième cas, convaincu des inconvénients de cette manière de faire, j'ai eu recours à un nouveau procédé, dans lequel j'ai cherché à réaliser les points suivants : 1° je fixe le rein dans toute l'étendue de son bord externe, en lui donnant une position telle que l'écoulement de l'urine s'effectue facilement ; 2° pour que les adhérences une fois formées ne lâchent pas, et, par conséquent, pour que la récidive puisse être évitée, je passe les trois fils transrénaux à travers le périoste de la douzième côte, si celle-ci est longue, à travers celui de la douzième et de la onzième si la première est courte ; 3° les fils de suspension transrénaux ne restent dans les tissus que le temps nécessaire pour la formation d'adhérences solides entre le rein, la côte et les lèvres de la plaie ; les fils doubles sont, en effet, noués à l'extérieur, sur deux rouleaux de gaze iodoformée interposés entre leurs anses et la peau ; et on les enlève au dixième jour en coupant les chefs d'un côté et en tirant ensuite brusquement sur les chefs opposés.

Dans mes dernières opérations, j'ai remplacé, pour les fils transrénaux, la soie par le fil d'argent, qui présente l'avantage d'une parfaite asepsie.

M. d'Antona (de Naples). — La tuberculose du rein peut être primitive, isolée, et elle se trouve alors susceptible de guérir définitivement par le traitement chirurgical. J'en ai donné la preuve dans une observation publiée en 1883 et qui est, je crois, la première de ce genre. Ma malade a parfaitement guéri ; elle a eu trois enfants et elle jouit actuellement d'une parfaite santé.

Pour les pyélonéphrites, je ne crois pas qu'il soit indiqué de faire la néphrectomie dès qu'on a posé le diagnostic.

Par contre, je pense que dans la grande majorité des cas, il convient de procéder à la néphrotomie, et cela pour plusieurs raisons. D'abord, on peut avoir affaire à un kyste hydatique suppuré : ici, la néphrectomie ne serait pas justifiée. Ensuite, il arrive quelquefois que la guérison se fait après une simple néphrotomie, parce que la pyélonéphrite suppurée était simple.

Par la néphrotomie, on peut encore faire l'extraction de calculs, et cela suffit à tarir la suppuration.

Enfin, grâce à cette intervention, l'on améliore notablement les conditions générales du malade qui, d'ordinaire, se trouve épuisé, et surtout on réduit le volume de la tumeur et on rend la néphrectomie plus facile.

En ce qui concerne la mobilité anormale du rein, il y a des cas, et ils ne sont pas rares, dans lesquels la fixation est indiquée en raison de graves troubles nerveux : on obtient ainsi des résultats excellents. Une jeune fille, robuste et saine, souffrait de néphroptose double avec douleurs et accès convulsifs allant jusqu'à la catalepsie. Après la fixation des deux reins, elle guérit parfaitement, et depuis deux ans elle se maintient en bonne santé.

Je dois reconnaître que la voie lombaire donne des résultats plus satisfaisants que la voie abdominale, de sorte que, toutes les fois qu'on le peut, on doit la préférer.

Quand on ne peut pas utiliser la voie lombaire, on procède par l'abdomen. En pareil cas, je m'en tiens à la méthode que j'ai décrite en 1885 et qui permet de rester en dehors du péritoine. Au commencement, je faisais une incision presque rectiligne ; mais je pratique actuellement une incision plus courte et à concavité antérieure. C'est à la fin de cette même année 1885 que M. von Bergmann, n'ayant pas eu connaissance de mon observation, proposa la néphrectomie par le même procédé.

Plusieurs chirurgiens conseillent de laisser le rein en place et de mettre seulement une pince sur le pédicule. Je ne comprends pas pourquoi, après avoir réussi à pincer le pédicule, le chirurgien doit s'arrêter, laisser le rein en place et attendre qu'il tombe par gangrène. Si le rein est très adhérent, il ne se nécrose pas du tout ou bien il ne le fait que très lentement et certainement d'une manière incomplète. On se rappellera à ce propos qu'en pareil cas les vaisseaux rénaux sont presque tous oblitérés, ou du moins réduits à leur minimum.

Suture des plaies artérielles.

M. Djémil-Pacha (de Constantinople). — Il arrive souvent que l'on se trouve obligé de placer une ligature sur une artère volumineuse, soit qu'elle ait été lésée accidentellement au cours d'une opération, soit à cause d'un anévrysme de petit volume ou d'un anévrysme artério-veineux, alors qu'il serait possible, en mettant quelques points de sutures sur la partie déchirée du vaisseau, de lui conserver ses fonctions physiologiques et de sauver ainsi un membre d'une gangrène parfois inévitable. Depuis un certain nombre d'années, les sutures des plaies des veines sont devenues presque classiques ; par contre, il n'a été publié, jusqu'à ce jour, que fort peu d'observations sur la suture des plaies artérielles.

Tout récemment, M. Murphy a démontré dans un travail important qu'on peut non seulement suturer ces plaies, mais encore réséquer une bonne partie des artères. Cet auteur a prouvé que la simple suture est impraticable si plus de la moitié de la circonférence artérielle est déchirée. Dans ce cas, il préconise la résection de la partie lésée, suivie d'une suture des bouts de l'artère par invagination.

Avant d'avoir eu connaissance des observations et des travaux de Heidenhain, d'Israel, de Gluck, nous avons eu aussi l'occasion de pratiquer, il y a plus de deux ans, la suture avec un succès parfait, dans deux cas de déchirure des artères.

Le premier concerne une femme âgée de 49 ans. En

1894, elle avait été opérée pour un cancer de la mamelle gauche. La récidive s'était produite au bout de six mois: la tumeur récidivante était fortement adhérente au paquet vasculo-nerveux de l'aisselle, le membre supérieur gauche œdémateux. Une seconde opération eut lieu le 5 février 1895.

Nous dûmes procéder à une vraie dissection anatomique, au cours de laquelle l'artère axillaire fut lésée et l'hémorrhagie arrêtée par compression digitale. Je préparais un gros fil de soie pour faire une ligature de l'artère, mais, me rappelant que dans un cas de ligature de l'axillaire, pour une déchirure de l'artère à la suite d'un curage de l'aisselle, avait amené la gangrène d'un membre supérieur, je renonçai à cette ligature et eus l'idée de suturer la partie lésée de l'artère, comme on fait pour les veines.

La plaie artérielle, dirigée suivant l'axe longitudinal du vaisseau, mesurait près de quinze millimètres. Après avoir enveloppé les mors de deux pinces courbes et très flexibles avec de la gaze stérilisée, je plaçai l'une au-dessus et l'autre au-dessous de la plaie artérielle: l'hémostase fut complète.

Avec une aiguille de Reverdin courbe, très fine, je fis cinq points de suture à l'aide d'un fil de soie extrêmement fin, tout près du bord de la déchirure et ensuite je mis deux points de suture sur la gaine de l'artère; immédiatement après les pinces furent enlevées et la circulation se fit très régulièrement. Une compression de quelques minutes suffit pour arrêter le léger suintement de sang qui provenait des piqûres; la lumière de l'artère, qui battait fortement, n'était pas rétrécie et les sutures tenaient parfaitement. La peau du creux de l'aisselle fut enfin recousue en laissant une petite mèche de gaze stérilisée au niveau de l'artère suturée pour exercer une légère compression et saisir le vaisseau dans le cas où une hémorrhagie ultérieure se produirait.

Le quinzième jour après l'opération, la malade quittait l'hôpital complètement guérie. On sentait très bien les pulsations de l'artère axillaire et même de l'artère radiale, mais un peu moins fortes que celles du côté opposé. Aujourd'hui, l'intervention remonte à deux ans et demi; j'ai revu la femme tout dernièrement. A l'examen, on sent battre l'artère axillaire dans toute sa longueur, et il n'y a aucune trace d'anévrysme traumatique.

La deuxième observation a également trait à une femme âgée de 48 ans, atteinte de récidive axillaire d'un cancer mammaire opéré une première fois. Une seconde intervention eut lieu. Tout le paquet vasculo-nerveux adhérant fortement à la tumeur, je dus réséquer une grande portion de la veine axillaire et les deux branches du nerf médian. Pendant la dissection, l'artère fut déchirée. Je procédai comme dans le cas précédent. Avec une aiguille de Reverdin très fine, je fis quatre points de suture au fil de soie fin. Je ne pus mettre de points de suture sur la gaine de l'artère, qui avait été détruite pendant l'extirpation de la tumeur. Après l'opération, je constatai que ce vaisseau battait assez fortement dans toute sa longueur et que sa lumière n'était pas rétrécie. Deux mois après l'intervention, lorsque j'examinai la patiente, l'axillaire et la radiale battaient parfaitement, mais plus facilement que du côté opposé.

De la symphyséotomie.

M. Varnier (de Paris) *rapporteur*. — L'agrandissement momentané du bassin, pratiqué d'après les règles établies par M. le professeur Pinard, a pour résultat de ramener le taux de la mortalité fœtale dans les cas de bassin vicié au taux de la mortalité fœtale qui suit l'extirpation artificielle dans les bassins normaux. Il ne donne lieu à aucune hémorrhagie, à aucune lésion des symphyses postérieures capables de compromettre la vie ou la santé de la parturiente. Les lésions de l'urèthre et de la vessie sont exceptionnelles. Quand elles se produisent, il y a lieu de croire que le forceps n'y est pas étranger.

Pratiquée antiseptiquement sur une femme non infectée, la symphyséotomie ne lui fait pas courir plus de danger que les autres interventions obstétricales. En dehors des complications accidentelles, indépendantes du mode d'intervention, la mortalité chez les femmes symphyséotomisées reconnaît pour cause principale une septicémie à porte d'entrée utéro-vaginale.

La symphyséotomie est suivie d'une restauration fonctionnelle parfaite. Il n'est nullement démontré qu'elle agrandisse le bassin pour l'avenir. Une symphyséotomie guérie par première intention n'apporte aucune gêne, aucun trouble dans les grossesses et les accouchements ultérieurs. L'opération peut sans difficulté et sans inconvénient être faite plusieurs fois chez la même femme.

Il ne faut pas songer à obtenir par les procédés de Fénoménov et de Frank (de Cologne), sauf peut-être pour les bassins cyphotiques, un agrandissement définitif suffisant.

Il y a indication à la symphyséotomie chaque fois que, l'enfant étant vivant, la dilatation complète, les membranes rompues, les efforts d'expulsion insuffisants par suite de la disproportion des dimensions fœtales et maternelles, le calcul démontre qu'un écartement pubien ne dépassant pas sept centimètres donnera au bassin osseux des dimensions largement suffisantes pour l'extraction du fœtus sans traumatisme.

On ne saurait poser en principe que la symphyséotomie doive être réservée aux bassins viciés dans le sens absolu du mot. Elle constitue le mode de traitement de la dystocie par excès de volume physiologique du fœtus et par certaines présentations vicieuses dans les bassins normaux. La symphyséotomie doit remplacer, dans le traitement des viciations pelviennes courantes, l'accou-

chement prématuré provoqué, l'extraction forcée par forceps ou version, l'embryotomie sur l'enfant vivant.

La pelvitomie est le seul procédé efficace d'agrandissement du bassin. L'étude cadavérique mathématique prouve que l'attitude supinée ou position de Walcher est incapable de produire les résultats annoncés par son auteur.

Au point de vue des indications particulières de la symphyséotomie, les bassins viciés doivent être classés en deux groupes.

1° Les *bassins symétriques*, quelle que soit la cause qui ait réduit les dimensions des diamètres antéro-postérieurs du détroit supérieur ou de l'excavation des diamètres transverses du détroit inférieur (aplatis, annelés ou canaliculés, rachitiques ou non; luxations doubles: spondylolisthésis; cyphose). L'appréciation du siège et de l'étendue du rétrécissement y est facile; le calcul de l'agrandissement éventuel possible y est aisé à faire d'après les tableaux connus. Ces bassins de beaucoup les plus communs, constituent le domaine par excellence de la symphyséotomie.

2° Les *bassins asymétriques*. Vu leur atypie, la rareté des pièces fraîches sur lesquelles l'expérimentation serait possible, la difficulté d'une appréciation quelque peu exacte de la viciation des diamètres obliques, ces bassins sembleraient *a priori* devoir former une classe à part. Les faits démontrent cependant qu'il y a lieu de les diviser à leur tour en deux groupes :

a) Les bassins à asymétrie plus ou moins prononcée résultant uniquement de coxalgie non étendue au sacrum, de luxation coxo-fémorale unilatérale congénitale, de déviations scoliotiques, rachitiques ou autres;

b) Les bassins asymétriques par arrêt de développement d'un aileron sacré et synostose sacro-iliaque concomitante.

Pour les bassins du premier groupe, l'asymétrie est un facteur négligeable. Ces bassins valent au point de vue de la symphyséotomie ce que vaut un bassin symétrique de même viciation antéro-postérieure ou transverse.

Quant aux bassins du deuxième groupe, bien que la symphyséotomie soit susceptible dans certains cas de permettre l'extraction d'un enfant vivant et non blessé, il n'est pas prudent d'y recourir et c'est ou à l'ischio-pubiotomie, ou à l'opération césarienne conservatrice ou radicale qu'il faut s'adresser.

La symphyséotomie doit borner son rôle à l'agrandissement du bassin osseux : il est dangereux de la pratiquer dans le but d'aider à la dilatation des parties molles; il est irrationnel de l'exécuter dans les cas de dystocie causée par des tumeurs des parties molles.

Outre les contre-indications tirées de la nature de la viciation pelvienne, il y a lieu de se demander s'il ne convient pas d'en ajouter d'autres provenant de l'état de santé du fœtus ou de la mère au moment où surgit l'indication. On a dit : « Il y a contre-indication à la symphyséotomie lorsque la vie du fœtus est *compromise* soit par la longue durée du travail, soit par les interventions antérieures, etc. » En théorie, cela est parfait, en pratique cela ne veut rien dire. Il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, tant qu'on entend les bruits du cœur fœtal, d'affirmer si la vie du fœtus est ou non compromise. Aussi, en dehors d'une malformation dûment constatée, la cessation des bruits du cœur doit-elle être la seule contre-indication admise.

Certains auteurs ont également déclaré : « L'infection du tractus génital est une contre-indication à la symphyséotomie, parce que la plaie symphysienne — même antiseptiquement faite et non communiquante — et les foyers traumatiques créés au niveau des symphyses sacro-iliaques s'infecteront secondairement. » Mais la pratique a montré que ces craintes n'étaient pas fondées, et si nous considérons l'infection du tractus génital comme une contre-indication à la symphyséotomie, c'est uniquement par crainte d'une communication directe possible avec la plaie opératoire. La cellulite pelvienne suppurée qui en est la suite forcée est évidemment un péril de plus ajouté aux dangers plus graves qui résultent de l'infection du tractus génital. La difficulté pratique est de reconnaître à sa période latente cette infection du tractus génital.

J'ajouterai en terminant que de nombreuses observations m'ont conduit à considérer comme une contre-indication à la symphyséotomie l'existence de la fièvre chez une parturiente au moment où il s'agit de décider le mode d'intervention qu'il convient de choisir.

M. Zweifel (de Leipzig), *co-rapporteur*. — J'ai, pour ma part, pratiqué trente-une symphyséotomies. Toutes mes opérées ont guéri et vingt-neuf enfants sont venus au monde vivants.

On a reproché à cette intervention de provoquer ultérieurement des troubles de la marche, de rendre la guérison longue et difficile, et d'occasionner souvent des déchirures étendues du vagin. Or, les deux premiers inconvénients peuvent être évités si l'on prend pour règle de ne pratiquer la symphyséotomie que lorsque le diamètre conjugé vrai mesure au minimum six centimètres cinq à six centimètres sept. Les femmes que j'ai opérées dans ces conditions ont presque toujours pu quitter le lit dans le courant de la troisième semaine. Enfin, pour prévenir les ruptures vaginales, il faut s'abstenir d'extraire l'enfant aussitôt après l'opération et abandonner son expulsion autant que possible aux forces de la nature.

Il est important, en outre, de laisser la plaie opératoire ouverte, de tamponner les culs-de-sac qui se trouvent en avant et en arrière de la symphyse et de réunir les deux moitiés du bassin au moyen d'une suture solide

avec un fil d'argent traversant l'aponévrose et le cartilage.

La technique de la symphyséotomie est trop simple pour qu'il soit besoin de la décrire ici. L'hémorrhagie doit être arrêtée par le tamponnement. En ce qui regarde les accidents pouvant survenir au cours de cette opération, il ne m'est arrivé que trois fois de blesser la vessie ou l'urèthre, mais ces lésions ont guéri soit spontanément, soit à la suite d'une intervention spéciale.

Traitement chirurgical de la péritonite chez la femme.

M. von Winckel (de Munich). — Pour la cure de la péritonite généralisée chez la femme, je suis partisan d'une intervention opératoire énergique et qui doit nécessairement varier suivant que l'affection est d'origine tuberculeuse, blennorrhagique, post-opératoire, puerpérale ou bien due à la rupture d'abcès ovariens, à la décomposition putride d'hématomes ou de kystes hydatiques, à la torsion ou à la gangrène de fibromyômes ou de tumeurs ovariennes.

La péritonite *tuberculeuse* est justiciable de la cœliotomie abdominale; l'incision doit être faite sur la ligne médiane ou à travers le muscle droit du côté gauche et mesurer de dix à vingt centimètres. Quant à la colpocœliotomie antérieure, elle ne convient pas à la cure de cette forme morbide à cause des dimensions insuffisantes de l'incision. Je ferai remarquer à propos de la péritonite tuberculeuse, qu'on a souvent tort de parler de la guérison de cette maladie sans avoir suivi la patiente pendant un temps suffisamment prolongé après l'opération. J'ai pu, en effet, observer des cas dans lesquels une récidive de la tuberculose péritonéale est survenue cinq ans après l'intervention chirurgicale.

La péritonite *blennorrhagique* ne provoque ni exsudats étendus, ni symptômes particulièrement menaçants et n'exige pas, en général, d'acte opératoire. Ce n'est que dans les cas où il existe de la pyosalpingite qu'on est obligé d'avoir recours soit à la cœliotomie abdominale s'il s'agit de collections purulentes volumineuses, soit à la colpo-cœliotomie antérieure lorsque les abcès sont de petites dimensions. Enfin, dans la péritonite blennorrhagique par perforation, il faut toujours pratiquer la laparotomie.

La péritonite *post-opératoire* exige qu'on rouvre partiellement le ventre afin d'en évacuer le pus. Les lavages sont contre-indiqués, mais le drainage est nécessaire.

La péritonite *puerpérale diffuse* soulève, au point de vue du traitement chirurgical, plusieurs questions qu'il est encore actuellement impossible de résoudre : faut-il attirer l'intestin hors de l'abdomen, pratiquer des lavages, suturer le ventre? Il paraît résulter des cas encore peu nombreux de péritonite puerpérale opérés jusqu'à ce jour, qu'il faut intervenir dès que l'épanchement purulent devient abondant, mais à condition que les plèvres et le péricarde soient encore indemnes. L'incision abdominale doit être étendue; le drainage est indispensable. J'ajouterai que la plupart des chirurgiens font des lavages de la cavité péritonéale.

Pour ce qui concerne, enfin, la péritonite *par perforation*, elle ne peut être guérie que par la cœliotomie abdominale. L'organe rompu ou putréfié doit être extirpé.

(*Semaine Médicale.*)

De la prostatectomie.

M. Desnos. — Depuis quelques années, l'intervention chirurgicale chez les prostatiques visant une cure radicale a surtout consisté en des castrations et des résections de canaux déférents.

La valeur de ces opérations n'est pas encore établie, mais il semble cependant démontré que la prostate diminue en masse sans qu'il s'ensuive que les saillies intravésicales des lobes se modifient.

Les indications de la prostatectomie restent donc entières contre la déformation du col. On sent que ces dernières sont très différentes et il n'est pas possible d'établir une technique opératoire uniforme. Dans presque tous les cas, c'est par la voie hypogastrique que j'ai abordé la vessie. Si les saillies sont pédiculées, on les énucléera aux ciseaux ou à la pince, de préférence au galvano-cautère ; quand les lobes latéraux sont sessiles et qu'il existe de grosses masses péricervicales, le procédé qui m'a le mieux réussi est de décoller la muqueuse sans l'exciser, puis de tailler un lambeau cunéiforme du tissu prostatique, en prolongeant l'incision plus ou moins profondément, suivant les cas ; on cherche ainsi à obtenir une diminution de la masse prostatique en même temps qu'on aplanit les saillies péricervicales. La suture de la muqueuse est tentée ensuite, elle est bonne en principe, mais d'une exécution difficile et non indispensable à la guérison. Presque toujours j'ai drainé la vessie sans la fermer.

Les résultats, surtout les résultats éloignés, sont intéressants à étudier. Sur 23 opérations, j'ai eu 13 améliorations, tant au point de vue de l'infection vésicale que de la facilité de la miction ; dans 4 autres cas, l'infection vésicale a disparu ou diminué, mais la miction n'a guère été modifiée ; enfin, dans 2 cas, celle-ci est devenue plus difficile, il s'agissait de vieillards, dont la contractilité vésicale qui paraissait à peu près conservée avant l'opération a subitement faibli. Enfin, dans 2 cas, les malades sont morts, l'un huit jours, l'autre six semaines après l'intervention.

Ces indications de la prostatectomie ne sont pas évidentes chez tous les prostatiques, elles doivent être cherchées, ce sont :

1° La contractilité vésicale doit être conservée ou peu

affaiblie ; ou bien elle doit reparaître rapidement lorsque la vessie primitivement infectée a été soumise à un traitement antiseptique ;

2° Des saillies intra-vésicales doivent être constatées ; le volume de la prostate importe peu ;

3° Il ne faut pas que les malades soient trop âgés et les meilleurs résultats ont été obtenus chez les prostatiques entre 60 et 65 ans.

Ceux-ci peuvent être comparés à des malades porteurs de rétrécissements de l'urèthre ; l'obstacle enlevé, la vessie conserve la contractilité bien plus longtemps et la rétention est lente à s'établir.

Traitement chirurgical du trachôme.

M. A. Darier. — La conjonctivite granuleuse est une affection microbienne locale.

Cliniquement, sa nature infectieuse est démontrée tant par sa contagiosité, son épidémicité que par son développement, sa marche et sa propension aux rechutes.

Anatomiquement, toutes les descriptions histologiques faites jusqu'à ce jour et sur lesquelles on avait cru pouvoir établir les bases d'un diagnostic différentiel entre les vraies et les fausses granulations n'ont plus aujourd'hui la valeur qu'ont conservée pour les tuberculoses, le tubercule histologique et sa fameuse cellule géante.

Le microbe pathogène pourra seul nous fournir les éléments d'un diagnostic scientifique ; malheureusement ni sa morphologie, ni sa biologie ne sont encore bien établies.

Du reste la conjonctivite granuleuse ne présente des difficultés diagnostiques qu'à son début, alors que le seul traitement indiqué est celui par les caustiques antiseptiques tels que nitrate d'argent, sulfate de cuivre, sublimé, sous-acétate de plomb, etc.

Quiconque a pratiqué pendant des années les cautérisations classiques sait combien sont fréquentes les récidives de granulations que souvent on avait cru complètement guéries.

Aussi l'expérience nous autorise-t-elle à poser comme une règle que : pour obtenir une guérison définitive, il faut avoir détruit complètement tout le tissu morbide, granuleux, infectieux.

C'est la même loi qui préside à la thérapeutique du lupus et des tuberculoses locales. La destruction du tissu morbide peut être obtenue par des cautérisations chimiques ou par une intervention chirurgicale.

Nous n'avons en vue surtout que les cas graves qui ont résisté pendant des mois à tous les traitements possibles. Pour lons cas nous croyons qu'une opération radicale est indiquée.

L'intervention chirurgicale doit être proportionnée à l'importance du mal. Dans les cas où les granulations sont isolées, un ou plusieurs coups de ciseaux peuvent en avoir raison quand elles sont groupées dans le fond des culs-de-sac ; l'expression avec la pince de Knapp ou l'excision en masse peuvent être également indiquées si l'on a soin de bien ménager la conjonctive.

Mais le plus souvent le trachôme intéresse toute la surface conjonctivale tarsienne, bulbaire, ou de transition ; alors on ne peut songer à l'extirpation.

Par un curettage méticuleux suivi de brossage de toutes les parties infectées, depuis plusieurs années déjà on obtient une guérison parfaite en aussi peu de jours qu'il fallait de semaines, de mois et même d'années.

Jamais aucun traitement ne m'a donné d'aussi bons résultats dans un temps aussi court. Aucune thérapeutique ne peut mettre mieux à l'abri des rechutes, si l'on a bien appliqué toute son attention à détruire aussi complètement que possible tout le tissu morbide infectieux.

(*Médecine Moderne.*)

Traitement abortif de la blennorrhagie aiguë masculine par les pansements intra-uréthraux combinés avec les lavages antiseptiques de l'urèthre.

M. Boureau (de Paris). — La méthode des pansements intra-urétraux, que je préconise dans le traitement abortif de la blennorrhagie aiguë, enraye l'écoulement dans les vingt-quatre heures quand elle est appliquée dès l'origine de l'écoulement; il ne reste plus qu'à maintenir la guérison apparente pendant quelques jours à l'aide de lavages antiseptiques de la portion pénienne du canal pour la transformer en guérison définitive.

Mon pansement intra-uréthral, imaginé en 1891 et que j'ai appelé urétromèche, est fait en coton; il est souple et il s'introduit facilement dans le canal à l'aide d'un mandrin. On peut l'enduire de toutes les compositions médicamenteuses; celle que j'emploie est une pommade au sublimé au millième.

De 1892, au mois de mai 1897, j'ai traité par la méthode abortive 93 malades; sur ces 93 malades j'ai obtenu 73 guérisons définitives après huit ou douze jours de traitement, 10 insuccès relatifs, puisque la guérison a été obtenue après un traitement d'un à deux mois et demi, enfin 10 insuccès complets. De ces derniers, il faut en retrancher 3, les malades ayant abandonné le traitement le deuxième et le cinquième jour. En réalité, je compte 7 échecs sur 93 cas, soit un peu moins de 8 0/0.

Manuel opératoire. — Après les précautions antiseptiques d'usage, j'introduis le pansement préalablement imbibé de pommade au sublimé; je laisse pendre au dehors le fil du pansement, je recouvre le méat d'un morceau de coton hydrophile et je ramène le prépuce par-dessus; chez les circoncis, je place le gland dans une espèce de sac fixé à un suspensoir ordinaire.

Le pansement doit être gardé de trois à sept heures.

On ne doit jamais arracher le pansement, il doit être chassé par l'urine pendant la première miction.

Il n'y a plus qu'à maintenir la guérison pendant une huitaine de jours, en faisant, d'abord toutes les douze heures environ, puis une seule fois par vingt-quatre heures, des lavages au sublimé de la région pénienne, La surveillance du malade ne doit être supprimée qu'après la reprise complète des anciennes habitudes.

Je fais mes lavages avec une sonde de Nélaton n° 10 et je m'entoure de toutes les précautions pour que le liquide ne pénètre pas dans la vessie.

C'est pour avoir négligé plusieurs fois de prendre ces précautions, que j'ai eu quelques insuccès.

En vertu de mes nombreuses observations, je me déclare l'ennemi formel des lavages vésicaux faits pendant la période aiguë de la blennorrhagie; je les accuse de déterminer souvent des blennorrhagies chroniques d'emblée très tenaces.

(*Presse Médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 septembre.

Dangers des opérations dans le goître exophtalmique.

M. Poncet (de Lyon). — Je ne partage pas l'opinion de MM. Péan et Doyen relativement à l'innocuité constante de la thyroïdectomie dans la maladie de Basedow.

Ce n'est pas en tant qu'opération que la thyroïdectomie est dangereuse pour les basedowiens. La plupart des chirurgiens qui ont opéré un certain nombre de goîtres exophtalmiques ont eu à déplorer des morts reconnaissant très probablement pour cause :

1° Une intoxication aiguë par les produits de la glande altérée, lancés brusquement à dose massive dans le torrent circulatoire;

2° Des pertubations graves dans l'innervation cardiaque et vasomotrice, dues à l'irritation du grand sympathique.

Du reste, toutes les statistiques s'accordent pour démontrer que la thyroïdectomie ou les énucléations chez les basedowiens comportent, pour 45 à 50 0/0 de guérisons définitives, 15 à 30 0/0 de mortalité immédiate. Dans ces derniers cas, la mort est survenue presque toujours dans les mêmes conditions : élévation brusque de la température, tachycardie atteignant 180 à 200 pulsations à la minute, surexcitation nerveuse avec agitation, angoisse, sueurs profuses, enfin collapsus et mort par arrêt du cœur, du premier au troisième jour après le début des accidents.

En présence des dangers qui peuvent être la conséquence de l'intervention opératoire dans le goître exophtalmique, je crois que cette affection doit être combattue par les moyens médicaux toutes les fois que les accidents de suffocation n'imposent pas un acte chirurgical d'urgence; et même en cas d'asphyxie, avant de toucher au corps thyroïde, on doit essayer de libérer la trachée par la simple incision large des parties molles au-devant de la tumeur.

Dans les cas de maladie de Basedow sans goître ou avec un goître de très petit volume et des troubles vasomoteurs fort accentués on pourra discuter la « sympathectomie » si le malade, averti des dangers qu'il court se refuse à cette opération.

Plusieurs chirurgiens, Kocber at Rydigier surtout, ont vivement préconisé la ligature des artères thyroïdiennes comme une méthode thérapeutique courante et efficace dans le goître exoptalmique, mais mon défaut d'expérience personnelle ne me permet pas de la juger pour le moment.

LES LIVRES

Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Affections chirurgicales des organes génito-urinaires, par M. Alfred Pousson, professeur à la Faculté de Bordeaux, avec une préface de M. le professeur Guyon.

Cet ouvrage n'est pas un traité didactique de la chirurgie génito-urinaire, mais une série d'études sur quelques points de cette branche de la pathologie chirurgicale. L'auteur a choisi particulièrement les questions actuellement à l'ordre du jour telles que : la cystostomie dans les affections de l'urèthre, de la prostate ou de la vessie réclamant la dérivation du cours de l'urine, la prostatectomie partielle dans l'hypertrophie de la prostate, la valeur de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie. Tout un important chapitre est consacré à la méthode de choix à employer dans le traitement des calculs vésicaux chez l'enfant; l'auteur, tout en condamnant la taille périnéale, semble préférer la taille hypogastrique à la lithotritie.

D'autres sujets nouveaux ont été abordés par M. le professeur Pousson; c'est ainsi que nous trouvons dans cet ouvrage une étude sur un sujet qui n'a été traité dans aucun ouvrage classique : les rétrécissements larges de l'urèthre.

Enfin, nous signalerons encore un très important chapitre sur le traitement chirurgical de l'anurie calculeuse, traitement qui consiste dans l'incision large du rein.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J. Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

TRAVAUX ORIGINAUX

La correction des gibbosités (1).

Par L. Ombrédanne,

Aide d'anatomie à la Faculté, interne des hôpitaux.

(Suite et fin.)

Le second procédé de redressement, pression sur le point culminant de la courbure, était réalisé dans le lit à pressions latérales de Pravaz, dans le lit de Goldsmidt. — La contre-pression sur les extrémités de l'arc était représentée surtout par la ceinture à levier de Horsond dont nous avons déjà parlé. Presque tous ces procédés permettaient de redresser quelque peu la gibbosité rachidienne. Mais sauf Sayre, qui après la réduction obtenue appliquait le *plaster jacket*, aucun chirurgien n'accordait grande importance à la contention, qui, en général, était représentée seulement soit par le décubitus dans la position horizontale, soit par l'action continue des forces d'extension et de contre-extension.

Sayre commençait donc, dans un premier temps, par redresser le plus possible le rachis par la suspension. Dans un second temps, il maintenait par le plaster jacket la correction obtenue.

Chipault et Calot redressent la colonne vertébrale en la forçant à s'étendre; leur manière de procéder ne diffère que par le plus ou moins d'énergie qu'ils apportent dans cette correction forcée. Mais les appareils qu'ils emploient pour assurer la contention ne sont pas les mêmes.

Le malade endormi au chloroforme est placé sur le ventre. Les aides pratiquent l'extension en saisissant le bassin et les membres inférieurs, la contre-extension en maintenant la tête et les bras. Pendant ce temps le chirurgien, par pressions directes, réduit la gibbosité; mais tandis que Chipault ne cherche à corriger que les bosses facilement réductibles, se déroulant sous la main de l'opérateur, Calot « exerce une pression extrêmement vigoureuse, allant peu à peu jusqu'à l'extrême limite de ses forces..., jusqu'à ce que les vertèbres déplacées soit rentrées au niveau et même au-dessous des vertèbres voisines ».

Aussi, sous l'influence de cette manœuvre de force, est-il ordinaire de sentir et parfois même d'entendre des craquements qui témoignent du désengrènement des corps vertébraux et du glissement de ceux-ci les uns sur les autres.

Telle était du moins la technique de Calot jusqu'en ces derniers temps.

Mais, au Congrès de Moscou, il vient de déclarer avoir complètement changé sa manière de faire.

(1) Extrait des *Archives générales de Médecine*, n° 9, septembre 1897.

Erratum. — C'est par erreur que nous avons écrit dans le numéro 37, page 434, colonne 2 : « 6 malades dont 2 guéris. » Lisez : « 6 malades dont 4 guéris. »

L. Ombrédanne.

Il faut avancer lentement et prudemment, dit-il. Quelques chirurgiens sont allés trop loin dès le début de leur pratique. Ma technique primitive avait paru demander trop de force, je l'ai modifiée de point en point.

Actuellement, la manœuvre de correction se fait sans secousses, *avec une douceur extrême*. Elle consiste dans une traction de vingt à soixante kilos suivant l'âge. Cette traction est suivie de l'application des pouces d'un assistant de chaque côté de la gibbosité, pour réaliser une pression de quinze à trente kilos.

D'après les renseignements qu'a bien voulu nous donner M. Ducroquet, interne de Calot à Berck, celui-ci compte aujourd'hui beaucoup plus sur l'extension que sur la pression directe, à l'inverse de ce qu'il faisait primitivement. Ces manœuvres seront suffisantes, corrigeant complètement les gibbosités récentes, et en partie les gibbosités anciennes qu'il faudra redresser en plusieurs fois répétant les manœuvres tous les trois ou quatre mois.

Aujourd'hui l'accord est donc fait; il n'y a plus de redressement forcé. Le procédé de réduction de Calot, celui de Chipault sont identiques : *le chirurgien ne tentera le redressement qu'avec prudence et avec douceur*.

Mais ces manœuvres ne constituent qu'un premier temps; le second doit consister dans la contention, dans le maintien du redressement ainsi obtenu, et là les procédés diffèrent.

Calot applique immédiatement, l'enfant étant toujours plongé dans le sommeil anesthésique, un immense appareil plâtré. Préalablement, il a fait la résection des apophyses épineuses des vertèbres correspondant à la gibbosité; à cette pratique il trouve un double avantage : d'abord, si la correction n'est pas absolument parfaite, la suppression des épines vertébrales masquera la légère saillie rachidienne qui aurait persisté. En second lien, l'appareil plâtré qui va maintenir le rachis pourra exercer sur la place de la gibbosité une pression suffisante sans qu'il y ait à redouter la production d'une escharre au niveau de cette saillie osseuse.

Pour ce faire, il fait une incision dorsale, réséquant le segment cutané souvent épaissi qui recouvre la bosse, sectionne et enlève les apophyses épineuses correspondantes, suture la peau au catgut, pour n'avoir plus à s'en occuper.

Aujourd'hui, nous a dit son interne, Calot ne résèque plus les apophyses épineuses, sur la soudure desquelles il compte, après tassement, pour obtenir la consolidation du rachis.

Puis l'enfant étant soulevé par les extrémités, et les aides continuant l'extension, il place en regard de la gibbosité réduite plusieurs épaisseurs de coton superposées, il confectionne avec des bandes plâtrées un vaste appareil enveloppant le thorax et l'abdomen, couvrant les épaules, et serré avec force les bandes au niveau de la gibbosité qu'un aide maintient réduite; alors, suspendant l'enfant par la tête dans un collier de Sayre, il termine l'appareil en enveloppant le cou, la nuque et le menton; cette portion supérieure de l'appareil, la plus importante, est celle qui assure le maintien du rachis en extension.

En un quart d'heure le plâtre est solide; il fait alors une fenêtre au niveau du creux épigastrique.

Levassort conseille d'appliquer l'appareil de Calot dans la position tête en bas, le malade suspendu par les pieds à une poulie fixée au plafond. C'est la pratique du Dr Bilhant à l'hôpital international. Celui-ci recommande de plus de fendre avec un couteau l'appareil une fois sec en deux valves, dorsale et ventrale. On pourrait grâce à ce procédé, les retirer l'une après l'autre pour nettoyer l'enfant de temps en temps. Cette pratique rend absolument illusoire le maintien de l'extension par l'appareil.

A l'encontre de ce que faisait Calot, Chipault respecte les apophyses épineuses, et c'est à elles qu'il demande le point d'appui nécessaire à la contention parfaite, leur résection devant, d'après lui, affaiblir la résistance de la colonne rachidienne.

Déjà, des tentatives avaient été faites pour maintenir la colonne vertébrale fixée en liant les différentes portions des arcs postérieurs les unes aux autres. Hadra avait proposé de fixer entre elles les bases des apophyses épineuses en passant une anse de fil d'argent au-dessous de la plus basse de celles qu'on voulait fixer, en croisant ses deux chefs au-dessus pour leur faire embrasser ensuite l'apophyse sus-jacente, etc ..., maintenant aussi les épines voisines par des 8 de chiffre.

Il avait proposé aussi d'enrouler un fil d'argent autour d'une des apophyses transverses, plusieurs fois, puis de descendre entourer à son tour l'apophyse transverse sous-jacente, etc...

Chipault pour maintenir le rachis après certaines lamnectomies, avait réuni d'une manière analogue, par des 8 de chiffre, les lames correspondantes des vertèbres sus et sous-jacentes à la région traumatisée.

En 1891 Chnrch, voulant uuir entre elles les apophyses épineuses avec du fil d'argent, au lieu d'entourer leur base, la perforait pour y faire passer le fil.

Quoi qu'il en soit, voici quel est le premier temps du procédé de contention recommaudé par Chipault, procédé exclusivemeut basé sur la méthode des ligatures apophysaires.

Sous chloroforme, il incise sur la ligne médiane dorsale, sur une hauteur dépassant de deux à trois vertèbres au moius, en haut et eu bas, les limites de la gibbosité. Il récline alors les masses musculaires des gouttières vertébrales et les fait maintenir écartées. Puis il réduit à ce moment la gibbosité par la pressiou directe combinée à l'extension. Alors « la réduction plus ou moius obteuue » il passe un fort fil d'argent au-dessus de l'apophyse épinense sus-jacente à la déviatiou, le coupe de part et d'antre à égale longueur, et introduit simultanément chacun des chefs au-dessus de l'apopbyse épineuse de la vertèbre sous-jaceute, pratiquant ainsi un véritable laçage du rachis placé en extensiou.

Si les apophyses se coupaient sons le fil d'argeut, il faudrait employer la soie plate. Si elles étaient soudées entre elles par des productions osseuses, il faudrait à travers ce massif osseux forer un orifice pour passer les fils.

Modifiant quelque peu cette technique qu'il suivait primitivemeut, Chipault a présenté à l'Académie le 11 août 1897 des appareils dit griffes à scoliose et griffes à cyphose, les unes souples, les autres rigides, destinées à rendre plus facile et plus rapide encore la fixation des apophyses les unes aux antres. Il estime qu'un rachis ainsi consolidé présente nue résistance considérable et amplement suffisante pour assurer le maintieu définitif de la correction.

Cette fixation apophysaire terminée, le second temps de la manœuvre destinée à obteuir la contention parfaite consiste à fixer le malade sur une plancbe perforée spéciale.

Cette planche en bois blanc encadré de chêue est perforée au niveau du siège pour permettre la défécation. Au niveau des membres sont des orifices destinés à permettre le passage des sangles qui vont les immobiliser. Eufiu, sur les parties latérales de cette plancbe destinée à réaliser l'immobilisation, sont deux rails supportant des compresseurs métalliques destinés à agir directement sur les courbures pathologiques pour les maintenir corrigées.

S'il s'agit d'une déformation à convexité postérieure, le malade est fixé au moyeu de sangles dans le décubitus dorsal, les plaques métalliques latérales jouent simplement le rôle de latéro-fixateurs et sont placées de part et d'autre de la lésion.

S'il s'agit d'une déviation latérale, on fixera sur les rails latéraux trois plaques, une large du côté de la convexité, deux plus étroites disposées en sens inverse, sur doux extrémités de l'axe.

Tels sont les procédés de réduction et de contention des gibbosités proposés par Chipault et Calot.

Mais il est des cas de gibbosités ankylosées où le chirurgien ue peut arriver à vaincre la résistance du cal vertébral, malgré toute l'énergie déployée dans la manœuvre de réduction. Calot a deux fois employé avec succès, dans des circonstances analogues, la section à découvert du cal osseux, combinée avec la résection du segment postérieur de deux ou trois vertèbres.

Après avoir découvert la moelle sur cinq à six centimètres, il la soulève au moyen d'une sonde recourbée en crochet, puis « avec un ciseau à froid très tranchant et très étroit, qu'il pousse vigoureusement avec l'effort des deux maius, et prudemment, millimètre par millimètre » faisant au fur et à mesure qu'il avance des mouvements d'écartement, il finit par séparer complètement le rachis, dont les aides tirent toujours les deux segments en sens inverse. Il redresse alors sans peine la colonne vertébrale et la maintient dans son grand appareil.

Voyons maiutenant quels de ces procédés de réduction et de contention sont particulièrement applicables aux diverses variétés de gibbosités.

Il faut réduire en un temps sous chloroforme les bosses traduisant une fracture ou une luxation vertébrale et déployer pour cela la force nécessaire. La contention sera assurée soit seulement par l'appareil plâtré de Calot, soit à l'aide de ligatures apophysaires si la déformation s'y prête: le choix du moyen de contention devra dépendre de l'étendue et de la direction de la déviation.

Pour les déviations essentielles du rachis, nous avons dit que, seules, certaines formes graves de cyphose et de scoliose rachitique réclament la correction et la contention dans le repos complet.

Les tentatives les plus récentes de redressement n'ont guère visé la scoliose. La modification du dispositif de Chipault, lorsqu'il l'applique aux scoliotiques, n'en fait guère autre chose de mieux qu'un lit orthopédique à pressions latérales. Au contraire, le

procédé des ligatures apophysaires semble avoir maintenu réduites d'une manière satisfaisante des gibbosités scoliotiques.

C'est en particulier pour ces cas que Chipault a proposé de faire la ligature temporaire, c'est-à-dire d'aller enlever les fils au bout d'un certain temps, lorsqu'un traitement approprié suffisamment prolongé aura permis aux ligaments et aux muscles de reprendre leur vigueur.

Lorsqu'il s'agit de scoliose, la ligature peut porter avec efficacité sur les apophyses épineuses; il faut « enrouler solidement le fil autour des apophyses sus- et sous-jacentes à la vertèbre déviée et le faire passer sur la face latérale de l'apophyse de cette vertèbre du côté où elle est saillante. » (1)

On peut aussi relier les unes aux autres les apophyses transverses en enroulant le fil plusieurs fois autour de l'une d'elles pour passer ensuite à la suivante, qu'on entoure de même. Il est avantageux, d'après Hadra, de n'avoir qu'un simple trajet de fil entre deux apophyses pour éviter la compression des artères et des nerfs à ce niveau. Ce procédé n'est pas applicable au cou, étant donné la disposition des apophyses transverses. On peut enfin réunir les vertèbres entre elles à l'aide des pédicules, en faisant passer le croisé des 8 dans les trous intervertébraux (Wilkins). Ce procédé n'est applicable qu'au niveau de la colonne lombaire; les artères vertébrales au cou et les côtes au thorax, empêcheraient de l'appliquer. Les déviations dites essentielles du rachis qu'il faut maintenir redressées seront donc corrigées sous chloroforme, puis contenues soit dans un large appareil plâtré comme ceux que fait Calot, soit sur la planche de Chipault après ligature définitive ou temporaire des apophyses épineuses ou transverses, suivant la région malade.

Nous arrivons maintenant à l'étude du procédé de choix pour la correction des gibbosités pottiques.

Tous les appareils destinés à contenir ou à redresser le rachis tuberculeux ne parviennent nullement à corriger la déviation; dans le corset de Sayre luimême, le meilleur appareil orthopédique que l'on connût jusqu'à ces derniers temps, non seulement la gibbosité persistait, mais encore elle pouvait se produire alors même que le corset avait été appliqué le rachis étant encore en rectitude.

Aujourd'hui, nous l'avons dit, certains cas de tuberculose vertébrale sont justiciables du redressement, et de l'immobilisation en attitude corrigée.

(1) Chipault : *Travaux de neurologie chirurgicale*, 1896.

La correction en un temps, sous chloroforme, peut se faire par manœuvres externes ou par méthode sanglante.

Par manœuvres externes, c'est la technique suivie par Chipault et Calot.

Leur manuel opératoire, que nous avons déjà exposé, est identique sauf ce point de détail : Calot résèque les apophyses épineuses que Chipault conserve au contraire avec soin pour les faire servir à la contention.

Par la méthode sanglante, Calot, nous l'avons vu, a sectionné le cal rachidien pour redresser la colonne vertébrale, mais se refuse à attaquer directement en aucun cas le foyer vertébral.

Lambotte (1) pensant que « le redressement vertébral et l'ostéotomie que recommande Calot vont à l'encontre de tous les enseignements de la pathologie et de la thérapeutique, encore qu'ils ne s'adressent qu'à un symptôme de la maladie », ne voit qu'un traitement rationnel de la tuberculose vertébrale, c'est l'évidement du foyer, seul capable de donner une guérison radicale et durable. C'est seulement « l'extirpation des parties malades terminée qu'on procédera, dit-il, au redressement en s'aidant au besoin de la section totale des corps vertébraux ankylosés, mais cette ostéotomie se fera à ciel ouvert et après avoir écarté les organes profonds du médiastin. »

Lambotte a pratiqué une fois cette opération. Après avoir relevé un lambeau musculo-cutané en forme de volet rectangulaire, il résèque largement les lames des vertèbres malades jusqu'à l'apophyse transverse puis les côtes correspondantes sur une longueur de quatre centimètres.

Il sectionne alors les nerfs intercostaux dans le canal rachidien; il les suturera au catgut l'opération une fois terminée; il charge alors la moelle sur un écarteur et évide alors les corps vertébraux à la curette ou à la gouge.

Mais Lambotte, dans cette opération, n'a pas cherché le redressement de la gibbosité; il considère que la question orthopédique est d'importance secondaire, et ne s'en occupe que très accessoirement. Du reste, sa petite opérée qui semble guérie, nous dit-il, n'a pas vu disparaître, mais seulement diminuer sa gibbosité.

(1) Lambotte : *Loco citato*.

Le redressement par la méthode sanglante ne doit donc être à l'heure actuelle qu'un traitement d'exception.

Les deux observations de Calot ont été couronnées de succès semble-t-il.

Néanmoins, le fait do mobiliser l'un sur l'autre les deux tronçons d'un rachis sectionné doit constituer une intervention sur la gravité de laquelle l'avenir nous fixera.

Il en est tout autrement de la méthode de redressement par manœuvres externes. Ici, il semble véritablement que la méthode nouvelle soit fort peu dangereuse, et jusqu'à présent les résultats sont encourageants.

Calot a redressé aujourd'hui deux cent quatre malades, et n'accuse qu'une mortalité de deux à trois pour cent.

Brun (1) l'a appliquée deux fois, très facilement, et la croit fort utile.

Broca (2) y a eu recours trois fois, juge l'opération facile et la gravité immédiate presque nulle.

Péan (3) l'a suivie dans un cas avec succès.

Michaux (4), Poirier, qui ont vu opérer Calot, ont constaté la facilité de l'intervention et son innocuité.

Le Dentu (5) rappelle que les craintes exposées par quelques-uns ont été les mêmes au moment où l'on commençait à redresser les jointures atteintes de tumeurs blanches.

Le Dr Bilhaut (6), sur vingt-cinq redressements, compte trois morts : une le troisième jour, une le huitième jour bien que la réduction eût été très incomplète, une le septième jour avec des signes de méningite; il est regrettable que l'examen nécroscopique n'ait été fait dans aucun des trois cas. Il est vrai que les malades qui ont succombé n'appartenaient pas à cette catégorie chez qui l'intervention est nettement indiquée, mais présentaient au contraire, l'un une gibbosité énorme, un autre un abcès froid; l'état général du troisième était peu satisfaisant.

Malherbe (7) a perdu le onzième jour un malade.

Le redressement en un temps n'est donc pas toujours innocent...

(1) Société de Chirurgie, 12 mai 1897.
(2) Société de Chirurgie, 12 mai 1897.
(3) Académie de Médecine, 8 juin 1897.
(4) Société de Chirurgie, 12 mai 1897.
(5) Académie de Médecine, 8 juin 1897.
(6) Bilhaut : *Revue médicale*, 16 juin 1897.
(7) Malherbe : *Loco citato*.

D'après Vincent (1), il serait de plus fréquemment impossible à obtenir quatre fois sur douze cas; le chirurgien de Lyon est, dans ce cas, d'avis qu'il faut y renoncer et déconseille l'ostéotomie vertébrale.

La correction obtenue sera maintenue par le procédé de Calot ou celui de Chipault, l'avenir seul nous fixera sur leur valeur relative. Il semble néanmoins que, bien appliqués, l'un et l'autre puissent donner un résultat aussi satisfaisant.

L'appareil de Calot doit être changé tous les trois ou quatre mois; il restera en place pendant un à deux ans; il est encore impossible à l'heure actuelle de fixer des chiffres, les premiers redressements commençant seulement à se consolider.

Dans les cas ou la réduction aurait été obtenue par la méthode sanglante, l'immobilisation devra être plus longue encore.

Pour ce qui est des résultats actuellement obtenus, Calot, sur 37 opérés en a présenté 6 à l'Académie, 2 encore dans leurs gouttières, 4 dégagés de tout appareil depuis quinze jours, deux mois, six mois. Les 33 autres obtiendront-ils la consolidation de leur rachis redressé? Chez les 4 premiers, la correction obtenue se maintiendra-t-elle? C'est ce que nul ne peut encore dire. Les résultats obtenus par Vincent (de Lyon) sont beaucoup moins encourageants; il a tenté de redresser 12 malades. Il y est arrivé 8 fois seulement. Sur ces 8 opérés, 6 ont été revus : chez 2, la déformation s'est complètement reproduite dans l'appareil (obs. III et VII) chez 2 autres, elle s'est reproduite partiellement (obs. IV et V). Chez un autre, elle semble effacée par suite de la production d'une lordose au-dessous de la cyphose, mais réapparaît lorsque l'enfant s'asseoit.

Il est juste de dire que l'appareil de contention employé par Vincent est un simple corset de Sayre fendu en deux valves. Ce n'est point là le grand appareil de Calot, comprenant la tête, « appareil dans la construction bien réussie duquel se trouve le secret du succès de ses opérations. » Nous avons dit ce que nous pensons de l'appareil amovo-inamovible.

D'ailleurs, d'après ce que nous avons dit, ce n'est pas un mois mais un an que doit être maintenue cette contention parfaite, si l'on veut espérer obtenir une consolidation en rectitude.

Nons voyons donc en somme que les travaux de Chipault et de Calot ont doté la chirurgie d'une mé-

(1) Vincent : *Lyon médical*, 4 juillet 1897.

thode nouvelle destinée à corriger les gibbosités : c'est le redressement en un temps sous chloroforme par manœuvres externes. *L'application de ce procédé est formellement indiquée dans les fractures ou luxations récentes de la colonne vertébrale, dans les fractures anciennes lorsqu'elles viennent à provoquer l'apparition d'accidents tardifs.*

Dans les cyphoses et scolioses rachitiques à forme grave, il permet d'espérer la guérison et n'expose pour ainsi dire à aucun danger.

Dans les déviations pottiques, en analysant les cas de redressement suivis d'accidents, nous arrivons à conclure :

Chez les pottiques ayant une bosse peu volumineuse, récente, facilement réductible, non compliquée d'abcès froid ou de paraplégie et dont l'état général est bon, le redressement doux est très efficace, et donne une mortalité presque égale à zéro.

A ces malades on offre une chance sérieuse de guérison sans risques sensibles; on peut et on doit les redresser, car ils ne perdront rien à l'intervention et peuvent y gagner.

Dans tous les autres cas, la statistique est moins favorable. Il faut donc attendre; lorsque l'on saura qu'un rachis redressé peut se consolider en rectitude, on aura le droit d'offrir à un malade de courir les risques immédiats d'une intervention, puisque la consolidation ultérieure ou rectitude ne sera plus problématique.

DOUZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

SECTION DE CHIRURGIE

Traitement de la péritonite tuberculeuse à épanchement au moyen de la paracentèse suivie d'insufflation d'air dans la cavité abdominale.

M. Joaquim Duran (de Barcelone). — Le résultat de la laparotomie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse étant indubitablement favorable, il reste encore douteux de savoir auquel des facteurs qui y interviennent l'effet curatif est dû.

En examinant attentivement les nombreuses tentatives d'explication données par différents auteurs, on arrive à se persuader que c'est à l'action de l'air sur la séreuse péritonéale qu'il faut attribuer la plus grande partie, sinon tout l'effet obtenu, le contact de l'air et la réaction irritative qu'il provoque sur le péritoine étant délétères pour le bacille tuberculeux.

Si c'est le contact de l'air qui constitue le facteur curatif de l'inflammation du péritoine, on comprend qu'il n'est pas besoin de pratiquer la section abdominale pour obtenir la guérison, mais qu'il suffit, une fois l'exsudation éliminée au moyen de la paracentèse, d'insuffler de l'air dans la cavité abdominale, de sorte que toute la surface séreuse en reste baignée pendant quelque temps.

Le succès obtenu par ce procédé est venu démontrer : 1° que l'hypothèse antérieure est correcte et 2° que dans tous les cas de péritonite tuberculeuse avec épanchement, la méthode opératoire d'élection doit être l'insufflation abdominale et non pas la laparotomie considérée aujourd'hui comme unique moyen thérapeutique vraiment actif.

Vu l'innocuité absolue de la méthode que je propose, il n'y a aucune raison, une fois établi le diagnostic, d'attendre les effets d'une médication générale qui dans certains cas pourrait, peut-être, produire la résorption spontanée de l'épanchement.

Il existe des motifs pour croire que, dans la péritonite tuberculeuse chronique de forme sèche, l'insufflation d'air peut produire les mêmes résultats favorables qu'on obtient par la laparotomie.

Il y a des faits qui justifient l'opinion, que l'insufflation pourrait être également utile dans les cas d'exsudations péritonitiques non tuberculeuses, mais simplement inflammatoires.

Accepté le principe que l'irritation nutritive produite sur une séreuse par l'action de l'air est suffisante pour anéantir la végétation bactérienne développée à sa surface et accepté d'une manière générale mon procédé pour obtenir ce résultat sans la nécessité d'en ouvrir largement la cavité, il semble logique d'étudier si l'insufflation est applicable aussi à d'autres séreuses et peut-être à d'autres maladies.

Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par les injections intra-articulaires.

MM. S. Duplay et **M. Cazin** (de Paris). — Après avoir essayé, dans le traitement des tumeurs blanches, les injections intra-articulaires d'une solution d'iode, préparée suivant la formule de Durante, nous avons renoncé à l'emploi de l'iode pour nous servir exclusivement de l'iodoforme, soit sous la forme d'éther iodoformé à 10 0/0, soit sous la forme de mucilage. L'éther iodoformé a l'inconvénient de causer des douleurs très vives, lorsqu'il est injecté dans une articulation. Nous nous sommes donc arrêtés surtout à l'emploi d'un mucilage renfermant un tiers d'iodoforme, injecté dans l'articulation malade à raison de 5 centimètres cubes du mélange correspondant à 1 gramme 65 environ d'iodoforme par injection. Nos

injections étaient pratiquées en moyenne deux fois par semaine, mais, si l'amélioration paraissait lente à se produire, nous les répétions tous les deux jours.

Les résultats obtenus chez sept malades atteints de tuberculose du genou, du coude, de l'articulation tibio-tarsienne, ont été très satisfaisants. Dans un huitième cas où il s'agissait d'une tumeur blanche du cou-de-pied avec fistules anciennes, on a dû procéder à une résection, après six mois d'immobilisation et d'injections intra-articulaires. Enfin, chez un neuvième malade, pour lequel, dès le début du traitement, les lésions de l'articulation tibio-tarsienne étaient extrêmement avancées, les injections iodoformées n'ont amené aucune amélioration notable, et, devant l'aggravation de l'état général, nous avons dû nous décider à pratiquer l'amputation.

C'est surtout dans le traitement des tumeurs blanches du genou que les injections iodoformées intra-articulaires nous ont donné d'excellents résultats, combinés avec l'immobilisation et la compression.

Les cinq malades atteints de tumeur blanche du genou, que nous avons traités ainsi, sont sortis guéris de l'hôpital après quatre à six mois de traitement; nous les avons revus depuis et leur guérison paraît s'être maintenue.

Ces résultats sont d'autant plus intéressants que ces cinq malades étaient des jeunes gens ou des adultes, qui ne guérissent ordinairement pas par les moyens simples applicables aux enfants, et chez tous les cinq, l'état de l'articulation était tel que la résection du genou paraissait devoir constituer chez eux le seul moyen de traitement susceptible d'amener la guérison.

(*Médecine moderne.*)

Traitement conservateur et traitement opératoire dans la coxalgie.

M. Ménard (de Berck-sur-Mer). — Chez les coxalgiques soignés à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, de 1894 à 1897, 261 enfants ont présenté de la coxalgie sous la forme sèche, sans abcès ni fistules.

Il n'y a eu qu'un très petit nombre de cas de début: presque tous les malades étaient arrivés à la deuxième période (contractures, abduction) et à la troisième (ascension du grand trochanter).

A part les opérations orthopédiques (ostéotomie sous-trochantérienne), on n'est pas intervenu chirurgicalement pour la coxalgie sèche. Dans la première et dans la deuxième période, les malades ont été traités par le repos avec l'extension continue et avec l'immobilisation au moyen d'appareils plâtrés.

Arrivés à la période de convalescence, les malades marchent à l'aide d'un appareil immobilisateur et de béquilles.

108 coxalgies étaient compliquées d'un abcès fermé sans infection secondaire. Tous les abcès ont d'abord été traités par des injections modificatrices (naphtol camphré), et, après 2 à 10 injections, 94 guérisons étaient obtenues.

Une période douloureuse précède ordinairement l'abcès de la coxalgie. On calme la douleur à l'aide d'un appareil plâtré étendu de l'aisselle au pied.

Il faut renoncer à l'opération et attendre la formation de l'abcès pour le traiter par les injections.

Si les abcès se reproduisent, il faut encore avoir recours aux injections. Si la hanche est fistuleuse, les abcès doivent être ouverts.

En guérissant les abcès, les injections guérissent la coxalgie. Si l'abcès ne guérit pas, les injections auront préparé le succès de la résection.

146 fois, la coxalgie s'est compliquée de fistules. Sur ce nombre, il y a eu 55 guérisons spontanées.

Sur 27 coxalgies fistuleuses traitées par la résection de la hanche antérieurement à l'arrivée à l'hôpital maritime, 7 étaient guéries et 19 ont conservé ou reproduit des fistules.

Les injections avec des liquides antiseptiques, de même que le drainage, sont plutôt des moyens dangereux.

La résection s'impose quand la suppuration fistuleuse persiste et que l'état général s'altère du fait même de l'affection coxale.

Pour la résection dans la coxalgie fistuleuse, on pratique l'incision des parties molles en suivant un trajet fistuleux, tantôt en arrière, tantôt en avant du grand trochanter, mais la région anté-trochantérienne est préférable.

On n'enlève du fémur que la quantité indispensable pour découvrir le cotyle.

Les lésions graves et rebelles siègent sur l'os iliaque. Les parties osseuses, malades ou suspectes, sont largement enlevées du côté du cotyle.

Généralement, on laisse un ou deux gros drains dans la plaie, mais, le plus souvent, on la remplit de gaze. Exceptionnellement, on a cherché la réunion par première intention.

Un, deux et même trois curettages ont été pratiqués consécutivement à la résection chez 17 malades.

Les opérations ont fourni les résultats suivants: 34 guérisons sans fistules; 14 sorties de l'hôpital avec fistule; 4 désarticulations de la hanche; 19 cas encore en traitement; 3 décès rapides.

8 curettages et 4 désarticulations ont été pratiqués complémentairement chez 12 malades réséqués antérieurement à leur entrée à l'hôpital.

Contribution à l'étude de la consolidation du rachis après redressement de la gibbosité.

M. Ducroquet (de Berck-sur-Mer) rend compte des observations que lui a fournies la radiographie en faveur de la réfection de la colonne vertébrale après le redressement.

L'écart produit en avant est diminué dans la proportion des 2/3 et même des 4/5. Ce tassement peut amener les restes des tissus osseux des vertèbres détruites au contact et favoriser leur soudure et leur prolifération. Il en résultera une colonne osseuse extrêmement solide, capable de soutenir le rachis, et rendant superflu dans bon nombre de cas toute production nouvelle.

Le tassement est produit en partie par le poids de la colonne sus-jacente aux vertèbres malades, en partie par les tractions des muscles des gouttières, de l'abdomen, etc., etc.

L'auteur ne serait pas éloigné de proposer la marche des malades pendant quelque temps, dans leur corset strictement appliqué.

Voie vaginale dans la résection du rectum.

M. A. Heydenreich (de Nancy). — L'amputation et la résection du rectum par la voie vaginale présentent de grands avantages. La perte de sang est minime et on peut facilement pincer les vaisseaux qui en donnent. Il est facile de circonscrire le rectum qu'on aborde aisément. Enfin, le champ opératoire permet au chirurgien de pousser très haut son intervention dans l'intestin.

Traitement sans immobilisation complète et avec massage immédiat de fractures dont les fragments sont naturellement mobiles. Résultats immédiats et éloignés.

M. Lucas-Championnière. — Les fractures de la clavicule, de l'humérus à la partie supérieure et à la partie inférieure et toutes les fractures du coude peuvent être traitées sans appareil immobilisateur et avec un massage et une mobilisation quotidienne.

Fausses cystites.

MM. de Grandcourt et **A. Guépin** donnent le nom de fausse cystite à toute affection dont la symptomatologie peut faire conclure à une cystite alors que la vessie est saine.

On ne peut déceler une cystite sur l'association des faits principaux (fréquence, douleurs, pyurie).

La fausse cystite réunit tout pour simuler une cystite vraie.

Pour l'établissement du diagnostic, il faut faire toutes réserves sur l'état de la vessie et sur le traitement local à instituer. Les fausses cystites sont toujours aggravées par le traitement intra-vésical ; il faut donc ne pas toucher à la vessie au moindre signe de cystite présumée.

(*Indépendance médicale.*)

De l'exploration externe.

M. Léopold (de Dresde), *rapporteur.* — L'expérience m'a montré que dans les accouchements normaux on peut très bien se passer du toucher vaginal et se borner à l'exploration externe, laquelle fournit des indications obstétricales suffisantes. Il y aurait donc lieu, afin d'éviter les infections puerpérales, de s'abstenir autant que possible de l'exploration interne dans les accouchements normaux, pour n'y avoir recours qu'en cas de dystocie, et encore dans la mesure strictement nécessaire.

Pour que l'exploration externe puisse vraiment donner des renseignements précis sur la position et la présentation, il faut qu'elle soit pratiquée systématiquement et qu'elle comprenne les quatre temps suivants :

Le premier consiste à promener la paume des mains sur la face antérieure de l'utérus jusque vers le fond de cet organe pour apprécier le volume de la matrice et la position (verticale ou transversale) du fœtus.

Dans le second temps l'accoucheur glisse les deux mains le long des bords de l'utérus, ce qui permet de reconnaître la situation du dos de l'enfant.

Dans un troisième temps, on cherche à saisir entre le pouce et l'extrémité du médius de la même main la partie fœtale située près du détroit supérieur du bassin.

Enfin, dans le quatrième temps, l'accoucheur enfonce l'extrémité des doigts dans les parties latérales de la cavité pelvienne et parvient ainsi à déterminer la partie fœtale qui se présente, même lorsqu'elle est située profondément.

M. Pinard (de Paris), *co-rapporteur.* — L'exploration externe, appelée encore attouchement, toucher abdominal, palpation externe et plus communément aujourd'hui *palper abdominal*, constitue pour l'art obstétrical l'un des plus puissants moyens d'investigation.

Ce mode d'exploration, connu depuis un temps immémorial, n'a commencé à être employé fructueusement que vers le commencement de ce siècle ; mais c'est seulement dans ces vingt dernières années que son étude s'est complétée et que son application méthodique a permis d'obtenir des résultats qui autorisent à proclamer la nécessité de son emploi chez toute femme enceinte.

Facile à enseigner et à apprendre, facile à pratiquer, le palper abdominal est le moyen d'exploration qui guide le mieux dans le diagnostic de la grossesse, normale ou compliquée, simple ou multiple, utérine ou ectopique.

Certains diagnostics (grossesses triples, hydrocéphalie, etc., etc.), n'ont pu être posés d'une façon affirmative que depuis son application méthodique.

Pendant la grossesse, il détermine dans nombre de cas les indications opératoires prophylactiques et curatives.

Durant le travail, bien que donnant encore des résultats précieux, son importance le cède à celle de l'exploration interne : toucher vaginal, digital ou manuel.

Au cours de la délivrance, sa puissance reparaît et est égale à celle de l'exploration interne, mais à des moments différents.

Enfin, pendant les suites de couches, le palper abdomi-

nal doit seul renseigner dans les cas physiologiques et l'on ne doit pas y joindre l'exploration interne que dans certains cas pathologiques,

Kystes muco-dermoïdes de l'ovaire.

MM. Boursier et E. Monod (de Bordeaux). — Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de kystes muco-dermoïdes de l'ovaire.

On a souvent confondu l'étude de ces kystes avec celle des dégénérescences malignes des kystes dermoïdes. Ils doivent être étudiés à part; néanmoins, il faut savoir que les kystes muco-dermoïdes peuvent subir des dégénérescences malignes. Ces tumeurs sont très rares et n'ont jamais été diagnostiquées cliniquement.

Dans notre premier cas, il s'agissait d'une femme de 21 ans, portant une tumeur sous-ombilicale, puis développée à droite, régulière et fluctuante, qui fut diagnostiquée kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Le ventre ouvert, la ponction du kyste donna issue à un litre de liquide filant, après quoi la tumeur fut facilement énucléée, sauf un lobe inférieur, inclus dans le ligament large, qui fut décortiqué. La guérison se fit sans incident.

La tumeur était formée par un kyste multiloculaire, composé de trois grandes poches communiquant entre elles et pleines de liquide filant. A la partie inférieure existait une quatrième poche plus petite, à contenu pilo-sébacé, tout à fait indépendante des premières.

L'examen histologique démontra que les cavités à liquide filant avaient une paroi fibreuse revêtue d'une mince couche de cellules cylindriques caliciformes; la petite cavité à contenu pilo-sébacé offrait tous les caractères des kystes dermoïdes avec un épithélium pavimenteux stratifié.

Notre deuxième observation a trait également à une femme de 21 ans, qui fut prise le 7 janvier dernier d'une rétention d'urine; le médecin appelé découvrit une tumeur abdominale. Cette tumeur était arrondie, bosselée, résistante et élastique. On porta le diagnostic de tumeur ovarienne et la malade fut opérée le 22 janvier. Le kyste mis à nu, la ponction évacua cinq cents grammes de liquide puriforme sale. La tumeur fut facilement énucléée, le pédicule lié et rentré. L'opérée sortit guérie de l'hôpital le 14 février.

La tumeur, du volume d'une tête de fœtus à terme, présentait une grande cavité autour de laquelle étaient groupées un grand nombre de petites poches secondaires, presque toutes indépendantes. La paroi de la grande cavité était épaisse, et par places indurée, cartilagineuse et même osseuse. La grande poche et la plupart des petites renfermaient de la matière pilo-sébacée, quelques-unes un liquide mucoïde épais.

A l'examen histologique, toutes les cavités à contenu pilo-sébacé apparurent nettement dermoïdes avec un épithélium pavimenteux stratifié; plusieurs cavités mucoïdes étaient tapissées par un épithélium cubique stratifié, dermoïde lui aussi. Quelques petites cavités seules se montraient revêtues d'une couche unique de cellules caliciformes; les plus petites d'entre elles étaient au sein d'un stroma en dégénérescence muqueuse; le reste des parois kystiques se trouvait nettement fibreux.

Le développement de ces tumeurs est diversement interprété. Les uns, avec le professeur Lannelongue, y voient le résultat de l'enclavement des différents tissus de l'embryon. Les autres, avec Waldeyer, Répin, etc., admettent une sorte de parthénogenèse et les font dériver de certaines cellules germinatives. Peut-être pourrait-on incriminer l'épithélium de l'ovisac ou l'ovule?

Enfin, quand de petits kystes mucoïdes apparaissent dans un stroma à dégénérescence muqueuse, ne pourrait-on y voir de simples cavités mucoïdes analogues aux kystes mucoïdes du nez ou du larynx?

Périnéorrhaphie pendant les suites de couches.

M. S. Kholmogorov (de Moscou). — Nombre d'accoucheurs estiment que le laps de temps compris entre le second et le vingtième jour après l'accouchement constitue une mauvaise période pour suturer les déchirures du périnée. Cependant l'expérience m'a montré que les déchirures périnéales, lorsqu'elles sont suturées pendant les suites de couches, peuvent se cicatriser d'une façon parfaite.

Il n'est donc point nécessaire, dans les cas où la réunion n'a pas été faite quelques heures après le travail, d'attendre pour pratiquer cette opération la fin de la période puerpérale, de même qu'il n'y a aucun inconvénient, si une première suture du périnée n'a pas réussi, à en appliquer aussitôt une autre, à moins de contre-indications spéciales.

J'ajouterai que l'abrasion de tissu granuleux à la curette tranchante et même les opérations autoplastiques sur le périnée ne sont nullement dangereuses pendant les suites de couches.

Traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche.

M. Moure (de Bordeaux), *rapporteur*. — Les cas d'otite moyenne chronique sèche particulièrement justiciables de l'intervention chirurgicale sont ceux où l'on trouve un épaississement du tympan, une rigidité de l'appareil de transmission du son et où il y a intégrité du nerf acoustique. Il est indispensable en effet — et tous les otologistes sont d'accord sur ce point — pour opérer avec quelques chances de succès, que l'appareil nerveux soit intact, et seul l'examen fonctionnel complet du malade permet de déceler d'une manière à peu près absolue l'intégrité ou la participation du nerf acoustique dans les cas où la lésion est légère. La paracentèse exploratrice du tympan constitue également une bonne indication, parce

que les cas dans lesquels cette opération améliore l'ouïe sont certainement les plus favorables à une intervention plus complète. Les opérations que l'on peut pratiquer dans ces cas varient depuis la simple perforation du tympan, la ténotomie du muscle tenseur, la mobilisation de la chaîne et de l'étrier, jusqu'à la myringectomie totale avec l'ablation du manche du marteau, la suppression de toute la chaîne, y compris l'étrier.

La plupart de ces interventions semblent avoir été délaissées, et seule la myringectomie avec extirpation d'une partie du marteau ou la suppression du tympan, du marteau et de l'enclume en laissant l'étrier, paraissent être les opérations auxquelles on s'est principalement rallié.

Doit-on opérer par les voies naturelles (conduit auditif), ou faut-il au préalable décoller le pavillon et faire sauter la paroi postéro-supérieure du conduit osseux (opération de Stacke) pour aller à la recherche des osselets?

La comparaison des résultats obtenus par ces deux méthodes m'a montré que l'intervention par les voies naturelles, tout en étant beaucoup plus simple et beaucoup plus facile à pratiquer que le second procédé, donne d'aussi bons résultats que l'opération par la voie externe, beaucoup plus sérieuse et beaucoup plus ennuyeuse à supporter. Celle-ci, du reste, n'a d'avantages que pour l'opérateur, qui peut ainsi agir à ciel ouvert et voir très exactement ce qu'il fait; souvent même il n'est pas impossible qu'il arrive à dépasser le but qu'il se proposait, en agissant trop fortement sur l'étrier et, par l'intermédiaire de cet osselet, sur le labyrinthe; par les voies naturelles, au contraire, aucun délabrement interne n'est à craindre, à moins de faire des manœuvres brutales dans l'intérieur de la caisse.

(*Semaine médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 septembre.

De la conduite chirurgicale dans les plaies de l'abdomen.

M. Chauvel. — En présence d'une plaie de l'abdomen par petit projectile, un certain nombre de chirurgiens croient devoir instituer le traitement médical classique: diète, opium, immobilisation, et attendre, pour intervenir chirurgicalement, l'apparition de phénomènes indiquant l'inflammation du péritoine. D'autres sont partisans de la laparotomie immédiate. C'est la conduite que, pour ma part, j'ai adoptée et défendue depuis longtemps à la Société de Chirurgie. L'observation suivante, due à M. Caillet, médecin principal à Dijon, ne peut que me confirmer dans ma manière de voir.

Il s'agit d'un sous-officier qui a reçu à bout portant un coup de revolver dans le bas ventre. Le blessé est conduit à l'hôpital une heure après, et l'interne de service après pansement iodoformé applique une vessie de glace sur l'abdomen. Cinq heures après M. Caillet voit le blessé. La température est à 36°, le pouls à 80, ni vomissement, ni hoquet, ni dyspnée. Le traitement médical est continué. A quatre heures du soir le pouls est devenu rapide, fréquent, il y a de la dyspnée, des nausées, 37°2. A sept heures et demi l'état s'est considérablement aggravé et l'intervention est décidée.

Une laparotomie médiane permet de constater quatre perforations de l'intestin grêle: la muqueuse fait hernie mais n'oblitère pas les plaies. Elles sont suturées à la soie fine. Lavage du péritoine qui contenait du liquide louche, quelques parcelles alimentaires, et présentait des fausses membranes. Drainage à la Mickulicz. La balle a été rendue par les selles neuf jours après. La guérison, retardée par une pneumonie, était complète au bout de six semaines.

L'observation suivante est encore plus concluante. Un dragon reçoit un coup de couteau dans la région iliaque gauche. Il vomit de suite le café qu'il venait de prendre. Quatre heures après l'accident, il est porté à l'hôpital de Vincennes. L'état général est bon; pas de nausées; pouls à 70°. On cherche en vain à introduire dans la plaie un stylet. La perforation ne semblant pas certaine, on établit le traitement médical après pansement iodoformé.

A deux heures de l'après-midi, pouls plein et régulier; pas de fièvre. Dans la soirée le malade urine et va à la selle. Nuit bonne. Le lendemain le blessé se trouve si bien qu'on lui laisse prendre quelques cuillerées de lait. Mais quelques heures après la scène change du tout au tout. Le lait est vomi. La température est descendue à 36°8, selles involontaires, etc. Une péritonite généralisée s'affirme. Immédiatement on pratique la laparotomie médiane. Il s'écoule du liquide louche. On ne trouve aucune plaie de l'intestin grêle. Le malade s'affaiblissant de plus en plus, le ventre est refermé après lavage avec du sérum artificiel chaud.

Le malade a succombé peu après, et l'autopsie a montré, en dehors de la péritonite, une plaie du gros intestin.

L'intervention pratiquée tardivement, c'est-à-dire après l'éclosion de la péritonite, a pu sauver le blessé dans le premier cas, elle a été impuissante dans le second. Je crois que, si elle eût été faite préventivement, les chances de survie eussent été tout autres, car par elle-même la laparotomie ne comporte, pour ainsi dire, pas de danger. En tout cas je tiens à insister sur ce fait que dans les deux observations l'impossibilité de sonder la plaie a contribué à faire rejeter, ou tout au moins ajourner, le diagnostic de plaie perforante. Etant donné, d'une part, l'étroitesse des plaies faites par les petits projectiles ou les lames peu étendues et, d'autre part, la résistance due à la con-

traction des muscles, je crois que l'on ne doit attacher qu'une faible importance à l'impuissance du stylet à constater l'existence d'un trajet. Si le malade était anesthésié les difficultés de cette recherche pourraient se trouver bien aplanies.

En tout cas, ces deux observations me confirment dans ma règle de conduite : intervenir immédiatement dans toute blessure de l'abdomen qui peut être regardée comme perforante avec lésion probable de l'intestin.

Ectopie rénale. Réduction produite par la trépidation pendant un voyage en chemin de fer.

M. Fournier (d'Angoulême). — Une femme de 50 ans, ayant eu des coliques hépatiques à plusieurs reprises, présenta des accidents que l'on put rapporter à une ectopie rénale droite.

La malade, sur mon conseil, se rendit à Bordeaux pour se faire fabriquer une ceinture de Glénard. Aux trois quarts de la route d'Angoulême à Bordeaux, la tension du ventre et les douleurs lombaires qui n'avaient cessé d'exister depuis plusieurs semaines, disparurent subitement et, arrivée à Bordeaux, cette femme était en parfait état, et il n'existait plus de tumeur dans le flanc droit.

De 1894 à 1897 l'amélioration persista, mais à la fin de janvier 1897 les symptômes d'ectopie reparurent et la malade repartit pour Bordeaux afin d'acquérir la ceinture déjà indiquée. Comme lors du premier voyage, la douleur et la tension disparurent brusquement aux deux tiers de la route.

(*Bulletin médical.*)

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DES MEMBRES

Amputation du poignet pour une difformité rare de la main.

A l'hôpital Royal Free **M. Battle** a opéré une femme de 45 ans pour une difformité de la main d'un caractère rare. Trois ans auparavant elle avait été soignée à l'hôpital dans le service de M. Battle pour une affection qu'il avait regardée comme une contracture hystérique de la main; depuis ce temps un autre chirurgien avait amputé le troisième doigt et la phalange terminale du pouce.

Actuellement la main est dans un état de flexion, les doigts étant courbés dans la paume et l'index étant fortement plié sur les restes du pouce; la phalange terminale du deuxième doigt est fléchie et son ongle en train de se séparer; la peau des doigts est plus lisse que dans l'état normal. La malade se plaint de douleur dans les doigts et résiste à toute tentative pour les redresser. Tout l'avant-bras est émacié et il est évident que les nerfs sont affectés. On ne peut même pas redresser les doigts sous le chloroforme et, comme toutes les parties sont très douloureuses, on se décide à une amputation à un endroit aussi bas que possible vu que la peau de la paume semble être normale.

On la fit au poignet avec un court lambeau du dos de la main et un long lambeau de la paume.

M. Battle dit que c'est la première fois qu'il a été obligé de faire une amputation du poignet; la nécessité de pratiquer cette opération étant très rare. Il lui paraît probable que ce cas a été d'abord un exemple de contracture hystérique, dans lequel les différentes articulations se sont ankylosées par l'effet de la contraction des ligaments fléchisseurs depuis longtemps rétrécis, de changements des surfaces des articulations si longtemps privées d'usage et probablement d'adhérences des tendons à leur gaine. La main, à son avis, avait beaucoup de ressemblance avec le membre déformé d'un « fakir » indien et il pense qu'il est résulté de cette longue contracture un état à peu près pareil.

(*Méd. mod.*, n° 78, p. 608, 1897.)

Division des nerfs cubital et médian, de l'artère cubitale et de tous les tendons fléchisseurs du poignet, avec mise à nu de l'articulation du poignet, par suite d'un éclat de vitre; opération pour l'union des parties divisées.

A l'hôpital Westminster, **M. de Santi** a opéré un homme de 30 ans qui, en état d'ivresse, avait passé sa main droite à travers une vitre. Il avait saigné abondamment et à son entrée à l'hôpital l'interne lia l'artère cubitale sans le chloroforme, mais, vu les grandes lésions des tendons et des nerfs, on envoya chercher M. de Santi.

A l'arrivée de ce dernier, on appliqua un tourniquet d'Esmarch et un examen de la plaie démontra une division des nerfs cubital et médian, et de tous les tendons fléchisseurs superficiels et profonds du poignet avec mise à découvert complète de l'articulation.

Les deux bouts divisés des nerfs cubital et médian furent trouvés sans beaucoup de difficulté, et, après avoir été soigneusement nettoyés, ils furent unis exactement avec de la soie phéniquée passée à travers le tissu même du nerf au moyen d'une aiguille ronde; deux sutures furent employées pour le nerf cubital et trois pour le médian. On rechercha alors les extrémités des tendons divisés; ceux du cubital antérieur, du radial antérieur et du palmaire grêle furent trouvés assez facilement et furent unis à leurs bouts correspondants par de la soie phéniquée; mais, en essayant de trouver les extrémités des autres tendons, on éprouva une grande difficulté, car elles s'étaient rétractées dans leurs gaines, bien loin dans la paume; on fut donc obligé de faire une incision à travers toute l'épaisseur du ligament annulaire antérieur du carpe et, même alors, quoique les parties

fussent relâchées autant que possible par la position, on ne put attirer que 6 des 8 (4 superficiels, 4 profonds) tendons qui furent alors unis par des sutures à leurs bouts correspondants supposés. On trouva facilement les deux bouts divisés du long fléchisseur du pouce qui furent unis avec des sutures. La plaie fut bien lavée à l'eau phéniquée, fermée et pansée avec de la gaze à cyanure double. Une éclisse malléable en fer-blanc fut appliquée à la région dorsale de l'avant-bras et de la main, afin de diminuer toute tension sur les parties unies.

M. de Santi dit que dans un cas pareil il n'y a aucune hésitation sur la marche à suivre. Il y avait perte de sensation et de mouvement dans les parties fournies par les nerfs cubital et médian et la présence des tendons divisés était évidente; il était donc absolument nécessaire de faire une dissection immédiate pour exposer et unir les parties divisées. A l'endroit où il avait opéré, il y a toujours une grande difficulté à trouver et à attirer les extrémités des tendons divisés; il a mené la dissection aussi loin dans la paume que cela était compatible avec la sûreté de l'arcade palmaire profonde; il a fendu les gaines des tendons et a essayé d'en trouver les bouts rétractés en fléchissant autant que possible les doigts dans la paume. Ce procédé a parfaitement réussi pour la majorité des tendons. Les deux bouts dont on n'a pas pu trouver les extrémités furent solidement fixés quant à leurs bouts sous le ligament annulaire antérieur à la gaine du tendon.

Il fait observer que l'union primaire d'un nerf cubital ou médian divisé est toujours un procédé plus simple que l'union secondaire; il est vrai que dans les deux cas les bouts sont toujours facilement trouvés, mais les plus grandes difficultés peuvent être rencontrées pour trouver les extrémités atrophiées dans des cas d'union secondaire. Il fait aussi remarquer que dans beaucoup de cas d'union primaire de nerfs divisés, le retour de la sensation a été remarqué quatre ou cinq jours après l'opération, mais pour disparaître ensuite rapidement: le retour de la sensibilité est généralement très graduel et peut s'étendre sur une période de dix-huit mois. La suppuration, dit-il, est un accident fatal pour le succès de l'opération. La plaie se ferma par première intention et vingt jours après l'opération on remarqua un léger retour de sensibilité.

(*Méd. mod.*, n° 78, p. 608, 1897.)

BIBLIOGRAPHIE

M. le docteur G. Gautier, l'électrothérapeute bien connu, a eu l'idée très heureuse de réunir en une élégante brochure les discours qui ont été prononcés à l'inauguration du monument élevé à Duchenne (de Boulogne) à la Salpêtrière.

Ces discours, dans lesquels sont rappelés les principaux travaux et la carrière de Duchenne, par MM. Joffroy, Raymond, Mathias Duval, etc., méritaient d'être conservés.

On trouve en outre dans cette brochure de belles reproductions en photogravure de la stèle représentant Duchenne, due au ciseau de M. Ch. Desvergnes, des portraits des professeurs Charcot, Joffroy, etc.

Contribution au traitement de l'ozène par l'électrolyse métallique et la circulation d'air chaud, par le Dr Ferdinand Dagail (Thèse de Paris).

Ce travail remarquable a été inspiré à M. Dagail par les études antérieures du Dr G. Gautier sur le sujet.

Les conclusions de cette thèse méritent d'être citées intégralement :

1° Le pouvoir microbicide de l'oxychlorure de cuivre a été mis en évidence par MM. Gautier et Favier. Les conclusions de ces derniers auteurs ont été confirmées par les recherches de M. Lindermann, professeur de chimie à l'Ecole militaire de Bruxelles et par M. le Dr Cheval.

2° Les applications de l'oxychlorure de cuivre (corps naissant au pôle positif de la pile), qui joue le rôle essentiel dans le traitement de l'ozène, sont faites dans le but déterminé d'agir :

a) Par endosmose, c'est-à-dire par le passage du sel à travers les tissus; *b*) par l'action microbicide de ce sel. La chaleur pendant l'expérience est normale.

3° Les essais faits par MM. Gautier, Jouslain, Cheval et Bayer sont favorables à cette thérapeutique, qui rapide, puisqu'une seule séance peut suffire, a donné des résultats satisfaisants, même dans les cas rebelles à tout autre médication précédemment instituée.

4° Les auteurs qui refusent à cette méthode l'efficacité que lui reconnaissent MM. Gautier, Jouslain, Cheval et Bayer, n'ont peut-être pas suivi avec attention le mode opératoire recommandé par les électrothérapeutes de la valeur de Morton, Cheval, Bayer, etc...

5° L'électrolyse interstitielle ne doit être suivie d'aucune complication, et il est probable que les accidents sont dus à un outillage défectueux. Utilisée avec la circulation d'air chaud (Dr G. Gautier) les résultats paraissent plus durables. Il sera toujours utile de faire l'occlusion des fosses nasales avec des bouchons de ouate hydrophile.

6° Dans une dernière conclusion, nous appellerons l'attention de nos confrères sur le traitement de l'ozène par la circulation d'air chaud. Cet agent physique : la chaleur n'a pas, comme l'électrolyse, fait ses preuves ; il est intéressant à être utilisé par des médecins compétents, car il a donné des résultats encourageants.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 40 2 Octobre 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des hématômes intra-craniens traumatiques (1).

Par Pierre Sebileau

I

Les épanchements sanguins traumatiques intracrâniens forment, en raison des différents sièges qu'ils occupent, plusieurs variétés et on les dit suivant les cas : 1° sus-dure-mériens ; 2° intra-arachnoïdiens ; 3° sous-arachnoïdiens ; 4° intra-cérébraux.

Les épanchements sous-arachnoïdiens proviennent de la déchirure des vaisseaux de la pie-mère ; le sang se mélange avec le liquide céphalo-rachidien et reste fluide.

Les épanchements intra-cérébraux sont dus aux lésions vasculaires de la pie-mère interne et de la masse encéphalique.

Les épanchements sus-dure-mériens et les épanchements intra-arachnoïdaux sont la conséquence des blessures qui frappent les sinus, les artères et les veines de la dure-mère. Quand l'hémorrhagie se produit dans une région où la dure-mère se laisse facilement décoller de la face intérieure du crâne, le caillot reste extra-dure-mérien ; quand, au contraire, elle se produit là où la dure-mère adhère, celle-ci, déchirée par le traumatisme, est quelquefois traversée par le sang et le caillot se forme alors dans la cavité arachnoïdienne. On voit, dans certains cas, coexister, grâce à une solution de continuité dure-mérienne, les deux épanchements sus- et sous-duraux : ils forment alors une sorte de caillot en *bouton de chemise*.

D'une façon générale, on peut dire que l'histoire des hémorrhagies sous-pie-mériennes et intra-cérébrales se confond avec celle de la contusion cérébrale. Ce n'est pas d'elles, qui sont ordinairement diffuses, à qui n'appartiennent pas des manifestations cliniques bien différenciées et qui ne ressortissent guère à l'action chirurgicale, qu'il doit être question dans ce chapitre de thérapeutique.

C'est donc sur l'étude des épanchements sus-dure-mériens et intra-arachnoïdaux que se concentre tout l'intérêt.

Je ne veux point écrire ici sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces épanchements ; il me faut pourtant, en raison des indications opératoires dont ils peuvent être l'objet, dire un mot de leur origine et de leur siège.

Les épanchements sus-dure-mériens produits par la blessure d'une veine du diploé ou la piqûre et la perforation d'un des sinus « découverts » (sinus longitudinal supérieur, latéral, pressoir d'Hérophile) sont ordinairement peu abondants et déterminent sur place un décollement peu étendu de la dure-mère. Bien autrement importants, comme fréquence et comme abondance, sont ceux qu'engendrent les lésions des trois branches de l'artère méningée moyenne ou celles de la grande veine anastomotique antérieure (sinus de Breschet). C'est là, en effet, que s'étale sous les vaisseaux, la « zone décollable » de la dure-mère ; aussi le caillot est-il ordinairement volumineux.

Les épanchements arachnoïdaux ou sous-duraux

(1) Extrait de la *Thérapeutique des maladies chirurgicales du crâne*. — Chez Doin (sous presse).

sont ordinairement, ainsi que je l'ai dit, la conséquence d'une blessure d'un sinus; exceptionnellement, ils sont produits par une plaie de la carotide interne; plus fréquemment, on les a vu résulter d'une plaie du tronc de l'artère méningée moyenne, car au niveau du trou sphéno-épineux, la dure-mère adhère fortement à l'os et le traumatisme, incapable de décoller celle-ci, la déchire.

II

Tels sont les épanchements traumatiques intra-craniens. Pour les traiter, il faut savoir les reconnaître, d'abord, et en distinguer, ensuite, les multiples variétés.

1° *L'épanchement sanguin existe-t-il?* — Je dirai plus loin sur quels signes on peut baser le diagnostic des différents types d'hémorrhagie intra-cranienne; mais, quels que soient ces signes et à quelque variété de lésion qu'ils appartiennent, ils ont tous ceci de commun, qu'ils apparaissent peu à peu, lentement et graduellement, rarement avec brusquerie. Entre le traumatisme qui l'étourdit et la formation d'un épanchement capable d'altérer le fonctionnement de son cerveau, le malade reprend ordinairement connaissance pendant quelques heures et récupère le sentiment: cette accalmie, c'est le *freie intervall* des Allemands, notion clinique d'une haute importance.

2° *Est-ce un épanchement superficiel ou profond?* — J'ai déjà dit que les hémorrhagies de la troisième et de la quatrième catégorie n'ont pas une grande importance chirurgicale. Le problème se réduit donc, en réalité, à savoir si l'épanchement est sus-dure-mérien ou intra-arachnoïdien. Or, il est quelquefois possible de trancher la question.

Si, d'abord, la fracture est une fracture compliquée; si, par conséquent, le traumatisme a intéressé les parties molles, les difficultés sont singulièrement aplanies. A la faveur de la plaie, l'œil ou le doigt peut surprendre, à travers la solution de continuité de l'os, le *stillicidium sanguinis*, marque de l'hémorrhagie extra-durale.

Au reste, même au cas où les téguments sont intacts, la réponse est encore possible. L'œdème diffus, mou, l'empâtement de la région temporo-pariétale ou mastoïdienne, l'apparition, dans les mêmes régions, d'une ecchymose franche ou atténuée, survenant quelques heures après l'accident et s'établissant graduellement, appartiennent plutôt, quoique pas exclusivement, à l'hémorrhagie extra-durale.

Mais c'est surtout en se basant sur les caractères des troubles fonctionnels que le chirurgien peut établir son diagnostic. Or, ces troubles fonctionnels, que je vais énumérer bientôt, sont, d'une manière générale, intenses et localisés dans l'épanchement extra-dural qui se cantonne, beaucoup moins accusés et plus diffus dans l'hémorrhagie arachnoïdienne qui s'étale. Au reste, il faut bien dire que ce diagnostic du siège de la collection sanguine en profondeur n'a qu'une importance secondaire. Ce qu'il faut connaître, c'est la situation de l'épanchement en surface. Il ne s'agit pas, pour le chirurgien, de savoir à quelle distance, mais bien dans quelle zone il trouvera le sang. Et ce renseignement — voilà où je voulais en venir — n'est fourni au clinicien que par l'étude des signes fonctionnels.

3° *Dans quelle zone siège l'épanchement?* — Dans une bonne thèse, inspirée par Duret, Lelandais décrit quatre groupes cliniques d'épanchements intra-craniens traumatiques :

Le premier groupe, — *type hémiplégique*, — est caractérisé par le stertor, un coma plus ou moins prononcé, une hémiplégie progressive et envahissante, quelquefois accompagnée de convulsions frappant un nombre plus ou moins considérable de groupes musculaires, et des troubles visuels portant soit sur l'appareil moteur du globe (ptosis, strabisme, déviation conjugée de la tête et des yeux), soit sur la circulation de l'œil (stase papillaire), soit sur la sensibilité de la rétine (perte du réflexe irien) ou celle de la cornée (disparition du réflexe cornéen).

Le second groupe — *type aphasique* — est caractérisée par l'aphasie (aphémie et agraphie), soit isolée, soit associée à d'autres symptômes (paralysie faciale, hémiplégie), apparaissant quelques heures après l'accident et augmentant progressivement, avec absence ordinaire de troubles intellectuels.

Le troisième groupe — *type hémi-parétique* — se traduit par l'apparition de l'hémi-parésie et de l'hémi-anesthésie progressives, avec ou sans stertor.

Le quatrième groupe — *type cérébelleux* — se signale par des vomissements incessants, de l'incoordination et de l'ataxie motrice.

Cela établi, il devient facile de savoir où siège le caillot et quelle en est l'origine. Je vais dire comment.

4° *Où est la source de l'hémorrhagie?* — Dans le type hémiplégique, qui s'accompagne d'une ecchymose mastoïdienne ou temporo-pariétale et où le caillot comprime la partie moyenne et supérieure de

la frontale et de la pariétale ascendantes, c'est la branche antérieure de la méningée moyenne qui est blessée.

Dans le type aphasique, qui s'accompagne d'une ecchymose de la région antérieure et où le caillot comprime soit le pied de la troisième frontale gauche (aphémie), soit le pied de la seconde frontale gauche (agrahie), il s'agit d'une plaie de l'artère méningée moyenne, au point où elle sort du trou sphéno-épineux, ou d'une déchirure du sinus sphéno-pariétal de Breschet.

Dans le type hémi-parétique, qui se traduit par une ecchymose de la région occipitale et de la nuque, et où la compression exercée par le caillot porte sur la zone latente des hémisphères, le sang vient soit de la branche postérieure de la méningée moyenne, soit d'un sinus (sinus latéral sinus longitudinal) soit d'une veine diploïque occipitale.

Dans le type cérébelleux, du reste exceptionnel, qui détermine, lui aussi, la formation d'une bosse sanguine de la nuque et où la compression s'exerce sur le cervelet, la source de l'hémorrhagie réside le plus ordinairement dans une blessure du sinus latéral ou du confluent d'Hérophile.

Telles sont les données du problème clinique. En résumé, quand plusieurs des symptômes que j'ai énumérés coexistent chez un blessé, que ce blessé n'a pas de fièvre, d'une part, et que, d'autre part, une période de conscience et de lucidité s'est écoulée entre la commotion immédiate due au traumatisme et les accidents comateux et paralytiques, il n'y a pas à hésiter, c'est d'hémorrhagie et de compression secondaire qu'il s'agit... Que faut-il faire alors?

III

Les anciens opéraient toujours; partout ils ne voyaient qu'épanchement sanguin et compression; partout, par conséquent, l'intervention était, pensaient-ils, indiquée; mais ils s'en rapportaient au hasard quand il s'agissait de choisir l'endroit où celle-ci devait porter; souvent, après avoir enlevé plusieurs rondelles, il fallait abandonner la partie qui restait ainsi perdue. Tous n'avaient pas l'heureuse fortune de Chadborn qui finit, à la vingt-septième perforation, par découvrir un épanchement, en débarrassa le malade et guérit celui-ci qui était Philippe de Nassau : peut-être, à vrai dire — c'est Auguste Broca qui parle — une tête princière était-elle prédisposée pour supporter allégrement un tel nombre de couronnes!

Puis une intense réaction se produisit et, tout récemment encore, de graves objections se dressaient contre l'intervention chirurgicale.

On a d'abord affirmé que, dans ces violences, l'irradiation fréquente du trait de fracture à la base du crâne, que la contusion, l'attrition du cerveau rendaient l'intervention inutile, la mort étant certaine. Cela est exagéré: d'abord, il y a des fractures simples, des fêlures de la base du crâne qui sont susceptibles de guérison; ensuite, comme la trépanation par elle-même est bénigne et que l'opération n'aggrave pas les lésions préexistantes, pourquoi, ne serait-ce que par empirisme, n'aller pas tout faire pour éviter au moins les accidents de la compression?

Mais, a-t-on encore objecté, vous tomberez sur un épanchement presque toujours très abondant; il vous faudra une large brèche pour l'évacuer; vous serez donc obligé d'appliquer plusieurs couronnes de trépan « et de faire des manipulations longues, qui exposeront d'autant plus à la méningo-encéphalite, que le contact de l'air et du sang coagulé produira bientôt un mélange septique » (Kirmisson). Qu'importe ici la largeur de la brèche? Elle n'ajoute rien, je le répète, à la gravité du mal; tout au contraire, grâce à l'antisepsie, nous pouvons conjurer les accidents ultérieurs et il ne dépend que de nous d'empêcher l'infection du foyer.

Ce n'est pas tout. Le sang évacué, l'hémorrhagie, dit-on, recommencera de plus belle; elle n'était arrêtée que par cette compression qui, funeste pour le cerveau, était pourtant salutaire à l'hémostase. Or, il est malaisé de pincer ou de lier telle artère rétractée sous la dure-mère; le fer rouge échoue souvent, et enfin, même après la ligature de la carotide externe, n'a-t-on pas vu des malades mourir d'hémorrhagie? Le tamponnement sera donc alors la seule ressource: mais c'est tomber de Charybde en Scylla, de compression en compression! L'argument est spécieux. D'abord, les procédés simples d'hémostase ont parfois réussi. Et puis s'il faut, au pis-aller, faire la compression, on aura encore gagné au change, puisqu'on pourra graduer et localiser cette compression, dont on est désormais le maître, et dont la durée, au reste, sera dans tous les cas éphémère.

Il faut donc trépaner quand on porte le diagnostic d'épanchement sanguin intra-cranien. C'est la conduite que nous défendions, Broca et moi, il y a quelques années déjà; c'est aussi l'opinion de G. Marchant.

« Nous pensons donc, dit celui-ci, que la trépanation est indiquée dans le cas d'épanchement intra-cranien, surtout lorsque la conservation de l'intellect jointe à des troubles paralytiques bien déterminés permet d'espérer la localisation des lésions. »

Et Kœnig n'est pas moins affirmatif.

« Peut-on, dit-il, en présence de la mort à bref délai qui se prépare, se contenter de saigner ou de refroidir à la glace le crâne du blessé, et attendre qu'il ne soit plus qu'un cadavre? Notre devoir est d'évacuer le sang, cause de la compression cérébrale, puis d'aller à la recherche de l'artère pour tarir la source de l'hémorrhagie. Même dans le cas où l'on aurait la certitude qu'il existe en même temps une lésion du cerveau, l'indication que nous venons de poser n'en subsiste pas moins, car c'est l'hémorrhagie qui menace la vie du blessé, bien plus que la lésion cérébrale dont il peut guérir ».

Au reste, la discussion n'est plus de mise aujourd'hui sur ce point. Je pense qu'à l'heure actuelle tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'en tout état de cause l'existence d'un épanchement péri-cranien traumatique commande l'intervention du chirurgien.

Quant aux épanchements situés plus profondément, ils ne paraissent pas donner lieu à des signes locaux assez nets pour qu'on soit en droit d'aller à leur recherche au milieu de la masse encéphalique. C'est, au moins, l'opinion de la plupart des chirurgiens, celle de G. Marchant en particulier. Cependant, fort de l'observation de Dermis, Keen, dans sa chirurgie des ventricules, tire de son étude la conclusion suivante : « Dans les hémorrhagies intra-ventriculaires, au moins dans les traumatiques, il est indiqué de trépaner pour aller évacuer les caillots ; on aura sans doute de la sorte quelques guérisons, à moins que l'attrition cérébrale n'existe à un degré incompatible avec la vie. » Cela est fort bien raisonné : reste seulement la question du diagnostic.

Bref, voici, pour un épanchement péri-cérébral, l'intervention décidée. Que faire?

Ici deux cas se présentent :

1° *L'hémorrhagie est externe et il existe une plaie livrant passage au sang, avec ou sans accidents de compression.* — Dans ce cas l'indication est très nette : il faut faire une large brèche au niveau du foyer de la fracture, explorer la région et reconnaître le vaisseau rompu qu'on aborde ainsi directement. Fontan a communiqué naguère à la Société de Chirurgie un cas intéressant de ligature de l'artère méningée moyenne pratiquée comme il vient d'être dit.

S'il s'agit de la blessure d'un sinus, nous savons comment on arrive à arrêter l'hémorrhagie par tamponnement, pincement, tassement.

S'il s'agit d'une artère et que la ligature en soit impossible, il faut, ainsi que le recommande Forgues, étreindre dans une même pince le vaisseau, les tissus voisins et la paroi osseuse.

Pour ce qui est du mode de ligature — quand celle-ci est praticable — il varie suivant les cas : ligature isolée du vaisseau, ligature en masse du vaisseau et de la dure-mère adhérente.

2° *L'hémorrhagie est interne ; il n'existe pas de plaie livrant passage au sang, mais il y a des phénomènes de compression cérébrale.* — Quand il n'existe pas de plaie, « on se laisse guider par la douleur limitée en un point qui répond à la fracture, et, par là même, au vaisseau lésé. S'il n'y a ni plaie, ni point douloureux, il faut aller droit à l'épanchement et, pour y arriver, il faut se laisser conduire par les localisations cérébrales » (Lelandais).

L'orifice pratiqué, quelle conduite tenir?

Si le caillot est visible, on le retire en s'aidant de curettes, de spatules, de sondes cannelées ; quelquefois, il faut agrandir l'orifice osseux.

Si on ne trouve rien entre la dure-mère et l'os, si la méninge est tendue, bleuâtre, résistante, on l'incise pour aborder les caillots qu'elle masque.

Le foyer évacué, il faut rechercher l'artère qui est ou quo l'on suppose blessée, et c'est précisément ici que les difficultés commencent. Quelquefois, en effet, c'est de très bas que vient le sang : on est alors obligé de soulever délicatement le cerveau et d'aller explorer jusque dans la région du trou petit rond. Il ne faut pas redouter cette manœuvre ; il importe, avant tout, de ne pas s'en remettre à la bonne fortune d'une hémostase spontanée.

J'ai déjà assez insisté sur les différentes méthodes que le chirurgien peut employer contre l'hémorrhagie de source dure-mérienne, pour n'avoir pas à revenir sur cette question. Je dois seulement dire que, au cours de toutes les manœuvres nécessitées par le curettage, la recherche du vaisseau et la ligature, il faut, quand il s'agit d'une collection extra-durale, éviter, autant que possible, la blessure de la dure-mère, pour ne pas qu'à la faveur d'une déchirure opératoire, le sang s'insinue dans la cavité arachnoïdienne. J'ajoute,

enfin, que si l'artère est blessée au niveau même du tron petit rond, la ligature en devient, pour ainsi dire, impossible. Le mieux alors est d'introduire dans cet orifice, en soulevant la masse encéphalique, un clou court et à tête plate : c'est la méthode que recommande Chipault ; cela ne doit pas être facile.

Si l'hémorrhagie vient, non pas d'un vaisseau dure-mérien, mais bien d'une veine du diploé, on peut la « réprimer par tamponnement provisoire, ou même par l'application d'un petit gâteau de cire à modeler, préalablement asepsié et ramolli ».

Voilà comment se comportent aujourd'hui les chirurgiens. « L'étude des statistiques plaide éloquemment en faveur de cette pratique. Sur 257 cas contenus dans le mémoire de Wiesmann, 147 cas ont été traités par l'expectation, et 110 par la trépanation. Les premiers ont 10 0/0 de guérison ; les seconds, 67 0/0. En 1888 Tancréde a rapporté 40 cas d'opération avec 24 succès. Récemment Bergmann parlait de 22 cas de trépanation, pour épanchement dû à une rupture de la méninge moyenne avec 20 succès. »

Mais il faut, pour arriver à de pareils résultats, que les deux conditions suivantes soient scrupuleusement remplies par le chirurgien : 1° porter un diagnostic exact ; 2° faire un antisepsie parfaite.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONGRÈS DE MOSCOU. — M. TUFFIER

Résultats de 153 opérations pratiquées sur le rein.

Le travail que je vous présente n'a d'autre prétention que de vous exposer les résultats que j'ai obtenus en chirurgie rénale depuis dix années. Il comprend la statistique intégrale de toutes mes opérations qui ont été précédées ou accompagnées de travaux de laboratoire et d'expérimentation, et j'y joins l'enseignement que j'ai pu en tirer. J'ai réuni ici les interventions sur le rein et l'uretère : la glande et son canal excréteur sont aussi inséparables en pathogénie qu'en anatomie, et trop souvent les lésions de l'uretère sont méconnues ou mises au second rang alors qu'elles jouent le rôle principal dans le passé du malade et dans l'avenir de nos opérations. Nombre de résultats médiocres au point de vue opératoire ou thérapeutique ne doivent leur infériorité qu'à l'état du canal excréteur. Je laisserai de côté ici les questions si intéressantes de sémiologie générale, et, tout en sachant que le succès de la chirurgie rénale dépend de l'état du rein auquel on ne touche pas, je passe sur cette question de bilatéralité qui, depuis plusieurs années que le cathétérisme des uretères est communément employé, n'a fait aucun progrès. Les essais de diagnostic que je tente actuellement sur la perméabilité rénale au bleu de méthylène, suivant la méthode de mon élève et ami Castaigne, ne sont pas encore assez avancés pour me permettre une conclusion.

J'ai pratiqué, de 1888 à juillet 1897, 153 opérations avec une mortalité générale de 14.3 0/0.

J'étudierai ici successivement : 1° la technique opératoire : *néphropexie, néphrotomie, néphrectomie primitive secondaire, par morcellement, ligatures vasculaires, opératoire sur l'uretère ;* 2° les résultats fournis par nos opérations dans *chacune des affections chirurgicales du rein.* Nous arrivons, en effet, actuellement, à pouvoir poser des indications opératoires et ce chapitre, bien plus que celui de la technique, doit désormais nous arrêter.

Les reins mobiles que j'ai traités par la *néphropexie* avaient tous résisté aux moyens de contention habituels, le rein semblait la cause univoque de douleurs et j'ai pu maintes fois reconnaître cette vérité dès longtemps établie, à savoir que les reins les plus mobiles sont loin d'être les plus douloureux. Presque toutes nos opérations ont porté sur le rein droit, et deux fois j'ai pratiqué la fixation des deux reins. La forme des douleurs est très variable, elle revêt fréquemment la syndrôme de l'hydronéphrose intermittente sans qu'il y ait pour cela distension du bassinet. La forme douloureuse la plus intéressante que j'ai rencontrée était celle d'une jeune fille belge dont le déplacement du rein provoquait une attaque d'hystérie. De même, la simple compression de l'organe amenait une crise. J'ai été plusieurs fois témoin de cette coïncidence que j'avais d'abord une tendance à rapprocher des supercheries. La fixation du rein débarrassa la malade de ses crises.

Les indications opératoires dans le rein mobile sont cependant plus rares qu'on ne le croit. L'examen de très nombreux malades, me porte de plus en plus vers l'idée que j'avais émise en 1891. Le rein mobile n'est, le plus souvent, que l'un des facteurs « d'une maladie générale caractérisée par une infériorité physiologique des tissus ». Après avoir opéré, de 1888 à 1894, 64 reins mobiles, je n'ai pratiqué depuis que 8 néphro-

pexies, bien que j'aie vu un nombre aussi considérable de cas.

Le manuel opératoire a toujours été l'incision lombaire oblique avec dénudation de la capsule propre et fixation par trois catguts doubles à la douzième côte et aux aponévroses. J'ai abandonné le procédé de nidation du rein entre les plans musculaires opératoires, rééditée depuis par plusieurs auteurs : c'est une mauvaise méthode qui, chez la femme, ne permet pas la constriction de la taille ou simplement même le port des vêtements à ce niveau. Je ne crois pas plus utile l'opération complexe de Poullet et Vullet.

Les résultats immédiats ont été toujours satisfaisants, et les deux opérées que j'ai perdues ont succombé, l'une au tétanos au septième jour, l'autre à une broncho-pneumonie grippale. Quant aux résultats éloignés, ils doivent être envisagés en fonction de l'indication opératoire ; le plus souvent, c'est la douleur rénale qui conduit à intervenir. Sur 20 malades revus, indépendamment de tous ceux dont l'histoire à longue échéance est publiée dans les thèses de mes élèves, deux souffraient encore après l'intervention.

Une de mes malades a passé, depuis cette époque, dans six services des hôpitaux de Paris, se plaignant d'une récidive et de douleurs, mais fuyant dès qu'on lui proposait une nouvelle intervention. Je l'ai moi-même retrouvée cinq ans après dans mon service à la Pitié, quand j'en ai pris possession.

La disposition des accidents tient à la netteté de l'indication opératoire ; or, cette indication est essentiellement constituée par des néphralgies, mais il faut bien examiner si le rein est bien alors l'origine des accidents douloureux, car, dans ce cas, le succès thérapeutique est certain, puisque la simple incision sans fixation suffit même à les faire disparaître. Il s'agit alors de la suppression d'accidents congestifs et c'est probablement de la même façon qu'agit l'incision de la capsule dans la cure de certaines albuminuries.

En somme, il faut être réservé au sujet de la néphropexie, et je regarde comme bien problématique les résultats définitifs à la suite de ces « excès » multiples du foie et des autres viscères. Ces malades ne sont pas justiciables d'opérations : l'utérus tombe ou fléchit, l'estomac se distend, la paroi abdominale se relâche, le périnée est insuffisant, le rectum est prolabé, et suivant les cas où le chirurgien, il y a matière à opérations variées et multiples. C'est à la médecine qu'incombe ce complexus symptomatique, et je suis convaincu que la fixation sera de plus en plus l'opération destinée à faire disparaître une mobilité douloureuse du rein et remédier à l'hydronéphrose intermittente dont la coudure urétérale sera réductible. J'y ai trouvé mes résultats les plus certains et les plus constants, et les dix-sept opérations de néphropexies que j'ai pratiquées dans ces conditions ont toutes été suivies de la disparition des accidents de rétention rénale.

Traumatismes. — Je n'ai pas eu jusqu'ici à intervenir pour des *plaies du rein*, et les contusions rénales avec hématuries graves et prolongés que j'ai dû traiter ont cédé au repos et à la compression. Un empâtement lombaire péri-rénal sans phénomènes infectieux persistants n'est même pas une indication opératoire puisque chez les deux malades présentant des signes d'épanchement uro-hématique péri-rénal, la guérison est survenue après évacuation par l'uretère du contenu de l'épanchement onze et douze jours après l'accident. Je crois qu'il faut être réservé dans l'ouverture de ces foyers.

La seule contusion contre laquelle j'ai dû intervenir activement se présentait avec des signes d'épanchement sanguin très volumineux, faisant saillie sur la peau au niveau de la région lombaire avec fractures de la douzième côte, et j'ai trouvé au niveau de la contusion rénale l'apophyse transverse de la première lombaire entrée dans le parenchyme. La plaie suturée, le malade a guéri et a conservé son rein. La néphrorraphie dans tous les cas où l'organe peut être conservé, est préférable à l'ablation du rein.

La néphrolithotomie est la plus belle conquête de la chirurgie. J'ai eu l'occasion de la pratiquer huit fois sur sept malades et j'ai trouvé huit fois des calculs du rein.

Les indications opératoires m'ont été fournies par les signes douleur et hématuries associés ou dissociés. A cet égard j'ai remarqué que les accidents douloureux habituels étaient plus fréquents dans les calculs mobiles que dans les calculs fixes. De même, les grandes hématuries survenues au moindre mouvement se rencontrent principalement dans ces cas de calculs mobiles. Enfin, j'ai même vu, après des crises datant de plusieurs années, douleurs et hématuries ne plus reparaître dans les mouvements légers, et l'opération m'a montré une disposition de calcul correspondant à deux périodes de mobilité puis de fixité. En général, les petites pierres de bassinet trahissent rapidement leur présence et les accidents sont une bonne fortune pour le malade qu'elles obligent à se

faire débarrasser avant les accidents irrémédiables de destruction rénale par oblitération du bassinet. Toutes ces pierres étaient de composition unique; j'ai vu le fait curieux d'un malade qui est le seul récidiviste que j'aie rencontré. Les deux calculs extraits lors de sa seconde néphrolithotomie présentaient à leur centre un caillot sanguin très net. Il est très probable que ces caillots dataient de sa première opération, faite un an auparavant; et qu'ils avaient joué le rôle de corps étrangers, centre de cristallisation, leur robe urique avait trois millimètres d'épaisseur. Or, ce malade, dès les premiers jours qui suivirent sa première opération avait présenté des urines boueuses véritablement sursaturées d'acide urique Cet accident montre l'importance du traitement pré et post-opératoire, et, cependant, mon malade venait de Contrexéville, quand je l'ai opéré, et il avait suivi un régime sévère après sa guérison. Il est vrai qu'il habitait Tiaret, localité de l'Algérie, dont l'eau potable est extrêmement riche en sels calcaires.

Je suis resté fidèle au manuel opératoire consistant en une incision lombaire que je fais d'autant plus transversale que le rein est plus haut situé. J'incise toujours au bistouri le rein sur son bord convexe, à moins d'indication spéciale créée par la saillie du calcul, après compression de son pédicul vasculaire si possible. L'opération n'a que deux temps délicats, la longue, patiente et minutieuse dissociation de la capsule graisseuse qui doit être complète avant de tenter l'abaissement du rein dans le champ opératoire, manœuvre alors toujours possible. L'exploration du rein est positive ou négative, cela m'importe peu, et je fends systématiquement tout rein que la clinique me dit contenir un calcul. Je n'ai jamais eu qu'à me louer de cette pratique inoffensive et indispensable. J'ajoute que l'exploration digitale du bassinet, des deux extrémités du rein et de l'uretère doit toujours précéder la fermeture de la plaie rénale. Quatre ou cinq points de catgut modérément serrés pour assurer l'hématose parfaite sont suffisants, et à la levée de la compression du pédicule, il ne s'écoule plus de sang. L'extraction des calculs nécessite rarement l'emploi de l'instrumentation spéciale que j'ai fait construire, et je n'ai eu que deux fois à fragmenter un calcul du poids de trente-cinq grammes. La plaie lombaire est remise sans drainage.

D'une façon générale, les petits calculs donnent lieu à de plus grandes difficultés opératoires que les gros, et c'est pourquoi j'ai fait écrire la thèse de mon élève le Dr Pierache (Paris 1896) qui montre bien que les procédés ordinairement employés dans la recherche du calcul, palpation, acupuncture, sont insuffisants, et que, seule, l'incision du rein sur le bord convexe avec exploration digitale du bassinet et des calices permet l'extraction d'un calcul de petit volume.

Les résultats opératoires sont parfaits, mes sept opérés sont guéris. L'hématurie dure de trois à quatre jours et montre la perméabilité de l'uretère. Une seule fois, j'ai observé une hématurie tardive (8 jours) chez une malade âgée de 65 ans, mais qui ne s'est pas reproduite, la malade est, à l'heure actuelle, en parfaite santé et débarrassée de ses accidents.

Les résultats thérapeutiques sont également parfaits, j'ai revu tous mes opérés et, sauf dans le cas dont j'ai parlé précédemment, tous sont restés bien et définitivement guéris. Aussi, je m'élève contre l'opinion qui consiste à voir dans la lithiase rénale une affection bénigne et devant laquelle il faut temporiser. Agir ainsi, c'est exposer bénévolement le malade à perdre fonctionnellement un rein, et lui faire courir toutes les chances d'une anurie calculeuse.

La néphrotomie pour suppurations, même calculeuse, est une excellente opération à qui de nombreux malades doivent la vie, mais elle est loin de fournir d'aussi beaux résultats. La voie lombaire est la voie d'élection, et ce n'est que dans un cas d'erreur de diagnostic que j'ai suivi avec succès la voie abdominale. Pratiquée contre *les pyélo-néphrites avec rétention*, elle est indiquée dès que les moyens médicaux n'assurent plus la perméabilité parfaite de l'uretère, et là comme dans toutes les rétentions purulentes, la temporisation n'est pas de mise. Sans doute, j'ai vu une malade qui, après deux années de soins, a conservé un rein gênant avec une athrophie graisseuse du volume d'une tête de fœtus. Ce succès médical ne m'a guère semblé encourageant. L'opération de la néphrotomie est banale et je n'ai pu tirer de mes quarante-deux opérations qu'un seul enseignement. Il faut, avec le plus grand soin, chercher tous les foyers; chez deux malades néphrotomisés et qui me furent présentés ultérieurement, avec une fistule, j'ai trouvé treize abcès dans un cas et quinze dans un autre; chez un troisième malade, cinq abcès intra- ou péri-rénaux et trois calculs furent ouverts ou extraits. On ne saurait donc trop chercher ces lésions indépendantes, et il faut être bien prévenu qu'un abcès

tout petit peut être entouré d'une énorme tumeur fibro-graisseuse. Malgré la régularisation du foyer, malgré la surveillance minutieuse et la direction parfaite des pansements, malgré diverses injections, malgré le cathétérisme uréthral à demeure que j'ai patiemment mis en œuvre en 1895, à l'hôpital Beaujon, la fistule uro-purulente, puis purulente, est toujours la pierre d'achoppement de la néphrotomie. Il ne faut pas s'en préoccuper outre mesure, puisque j'ai des malades qui vivent parfaitement ainsi depuis cinq et six ans ; mais si des accidents fébriles se manifestent, le débridement s'impose et la néphrectomie secondaire seule débarrasse le malade de ses clapiers. Les fistules *urinaires* ont toujours pour cause une lésion urétérale et je n'ai pas renouvelé ma tentation, cependant suivie de succès pour les fermer. D'ailleurs, c'est là une loi générale pour toutes les fistules glandulaires. Les écoulements *purulents* disparaissent avec le rein, et il ne faut pas chercher à les fermer trop tôt si les urines sont troubles. J'ai opéré ainsi à l'hôpital par néphrotomie et *in extremis* un malade qui avait été néphrotomisé en ville pour un calcul et avait longtemps gardé une fistule purulente, son rein contenait trois gros abcès.

Quand elle se complique de calculs, cette pyélonéphrite n'est ni plus ni moins grave; j'ai extrait d'énormes calculs phosphatiques dans ces conditions, mais ces cas rentrent et comme manuel opératoire et comme pronostic et comme traitement dans la catégorie des infections rénales avec distension.

Les résultats éloignés chez les 9 malades que j'ai pu suivre m'ont donné : 5 fistules persistantes uropurulentes nécessitant un pansement tous les 2 jours, un de mes opérés a succombé à une embolie, 3 ont dû subir la néphrectomie secondaire par morcellement et sont guéris depuis 4 ans, 1 an et 6 mois.

La néphrectomie primitive et lombaire (toujours indiquée quand les lésions sont peu volumineuses ou réductibles à un petit volume) pratiquée trois fois contre des lésions infectieuses m'a donné trois succès opératoires, mais un de ces malades a succombé peu après l'opération : il s'agissait d'une femme que j'avais néphrectomisé pour une pyélo-néphrite ascendante et qui eut, quelques semaines après l'ablation du rein, alors que la plaie lombaire était parfaitement cicatrisée, une *phlegmatia alba doleus* qui détermina une embolie mortelle.

Je n'ai pratiqué qu'une seule fois la néphrectomie secondaire.

C'est à ces vieilles suppurations rénales plus ou généralisées que j'oppose de préférence la *néphrectomie par morcellement*. Cette opération, que mon élève Ratynski (th. de Paris, 1897) vient de longuement étudier, permet de pratiquer des ablations du rein dans des conditions et avec une sécurité qu'aucune autre méthode ne donne. Lorsqu'il existe des adhérences entre le rein dégénéré et sa capsule, et de la capsule avec les viscères voisins, la néphrectomie ne peut être sous-capsulaire, et si on tente d'extirper d'un bloc l'organe au milieu des adhérences, on court les plus grands risques, les accidents arrivés aux plus expérimentés en chirurgie rénale le prouvent. L'ablation successive des fragments du rein de bas en haut permet d'aborder le hile à ciel ouvert, de se rendre maître des vaisseaux et d'extirper par fragments toute la masse scléreuse.

Sur les cinq opérations que j'ai ainsi pratiquées, j'ai eu cinq succès et je regarde ces opérations pour suppurations multiples avec dégénérescences scléro-graisseuses comme des plus difficiles, et, sans le secours du morcellement, elles garderaient leur réputation de haute gravité.

Nous sommes actuellement bien armés contre les suppurations rénales avec rétention : les incisions du foyer, ou des foyers peu nombreux, donnent d'excellents résultats ; l'ablation primitive, quand les foyers sont trop nombreux et que la lésion est nettement unilatérale, la néphrectomie secondaire simple ou par morcellement quand les accidents de suppuration sont menaçants constituent autant de moyens puissants d'action.

Tuberculose. — La tuberculose rénale est justiciable de nos interventions dans un grand nombre de cas, je crois que l'opinion qui voit dans cette localisation de la maladie des foyers toujours secondaires est exagérée. Sans doute, si l'on s'en rapporte aux autopsies, on trouvera toujours d'autres lésions que dans le rein, mais les faits cliniques démontrent que la bacillose peut envahir un seul rein et rester longtemps localisée à ce niveau, souvent même, elle ne trahit sa présence par aucun symptôme et c'est une vomique rénale qui révèle les lésions destructives.

Les indications opératoires dans les quinze opérations que j'ai pratiquées pour tuberculose rénale ont été *l'hématurie, les douleurs, l'infection et l'intoxication*.

L'hématurie ne devient une indication opératoire que dans le cas où, par son abondance et sa répétition,

elle menace la vie du malade. J'ai opéré deux exemples de cette variété hématurique, j'ai fait dans un cas la néphrectomie primitive; dans le second, comme il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans et que je n'étais pas certain de l'intégrité de l'autre rein, je fis la néphrotomie.

Nos deux malades ont guéri et sont encore à l'heure actuelle bien portantes, cependant la deuxième malade a vu deux ans après l'opération, le sang reparaître dans ses urines pendant quelques jours.

La néphrectomie me paraît la méthode de choix dans ces cas, et cette variété hématurique ne présente pas pour l'avenir de gravité spéciale. Je croirais volontiers qu'il s'agit ici de phénomènes congestifs, d'accidents locaux dus peut-être au siège spécial des éléments tuberculeux dans le rein.

Les accidents douloureux sont rarement suffisants pour commander une intervention. Chez les deux malades que j'ai dû néphrectomiser, les souffrances étaient assez vives et assez rebelles à une longue thérapeutique médicale pour nécessiter une opération curatrice sinon exploratrice. Les douleurs revêtent en général la forme de coliques néphrétiques subintrantes et les faits dont j'ai été témoin montrent que les lésions du parenchyme rénal justifient pleinement l'opération.

Les accidents d'infection ou d'intoxication d'origine rénale sont de beaucoup plus fréquents en matière d'indication opératoire. Les symptômes sont variables, en général nous sommes en présence de phénomènes d'intoxication chronique qui prend naissance dans une rétention de produits septiques au niveau du rein. Plus souvent ce sont les signes d'une pyélo-néphrite chronique, mais j'ai rencontré d'énormes collations tuberculeuses intra-rénales sans aucune émission de liquide purulent, et, dans ces conditions, le diagnostic se pose alors entre une tumeur du rein, du foie ou de la rate bien plus qu'entre les variétés de collection purulente intra-rénales.

Le diagnostic peut être bien plus difficile encore quand les lésions suivent ce que j'appelle l'évolution thoracique au lieu de l'évolution abdominale, puisque dans ces cas mêmes, l'exploration directe du rein est négative. Quoi qu'il en soit, les accidents qui appellent notre attention sont des accès fébriles intermittents ou bien des troubles dyspeptiques avec amaigrissement allant jusqu'à la cachexie. Là, encore, je distinguerai deux variétés dans les accidents qui nous conduisent à l'intervention. Dans l'une, les accidents de rétention purulente avec fièvre symptomatique sont semblables à ceux que nous rencontrons dans les pyonéphroses vulgaires ouvertes ou fermées. Dans l'autre, c'est le complexus de l'intoxication chronique, dyspepsie, perte de force, etc., etc. C'est par hasard quelquefois que l'examen du rein fait constater la preuve d'une tuméfaction. Ces allures sont tellement rapides et silencieuses que l'un de mes malades était regardé comme atteint d'une tumeur de la rate, un autre aurait été porteur d'un néoplasme rénal. Quand la pyhémie est intermittente, l'erreur n'est plus possible, mais elle peut faire complètement défaut.

Les résultats opératoires ont été :

Néphrotomies, 7, avec 5 guérisons et 2 morts.

Néphrectomies primitives lombaires, 5, avec 5 guérisons.

Néphrectomies secondaires lombaires, 2, avec 2 guérisons.

Néphrectomie partielle lombaire, 1, avec 1 guérison.

Quant aux résultats définitifs, ils ont été et sont encore parfaits chez plusieurs de mes opérés pour néphrectomie primitive : 3 d'entre eux sont restés guéris depuis 6 ans 1/2, 5 ans 1/2 et 4 ans.

Ces observations prouvent bien le point de départ rénal de l'affection et l'intégrité de l'autre rein et de la vessie.

Hydronéphrose. — Le dernier mot est loin d'être dit sur la pathogénie de l'hydronéphrose et sur son traitement. Les lésions sont multiples, les moyens à leur opposer doivent varier avec chacune d'elles. La méthode conservatrice s'impose dans ces cas, puisque nous savons quel rôle joue dans l'organisme un fragment de rein aseptique. Les hydronéphroses par coudure réductible de l'uretère doivent être traitées par le redressement du canal, soit par la néphropexie, soit par le cathétérisme permanent de l'uretère. Je me suis précédemment expliqué sur les avantages de la fixation du rein dans ces cas (17 opérations avec 17 guérisons).

Les très volumineuses hydronéphroses simulant les kystes de l'ovaire sont justiciables de l'ablation, mais la rétention de volume moyen, une tête de fœtus par exemple, sont susceptibles de guérir par une simple ponction. J'ai été très frappé des résultats que j'ai constaté : sur trois cas, dont l'un chez une femme grosse de cinq mois, la ponction aspiratrice fit disparaître la tumeur et permit à la grossesse d'évoluer sans incident. Deux de ces femmes étaient encore

guéries cinq mois après l'intervention. Chez une troisième, que j'ai néphrotomisée par voie transpéritonéale, le 12 novembre 1892, à Beaujon, la simple ponction avait été pratiquée douze ans auparavant : je trouvai dans la poche un liquide uro-purulent. L'incision d'emblée, si l'hydronéphrose est infectée, après ponction simple, si le contenu est aseptique, constitue la méthode de choix dans le cas où l'on hésite sur l'état de l'autre rein.

(*A suivre.*)

DOUZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

SECTION DE CHIRURGIE

Indications de la lithotritie.

M. Albarran. — Bien que la lithotritie soit devenue une opération actuellement très bien réglée, nombre de chirurgiens lui préfèrent encore la taille, parce qu'ils craignent de perforer la vessie ou d'y laisser des fragments du calcul.

Le premier accident est très rare, comme le prouvent les résultats statistiques : en effet, sur cent vingt-six litbotrities, je n'ai perdu que deux malades, l'un par anurie, l'autre par infection, et sur les milliers de lithotrities pratiquées par M. Guyon, la mortalité n'arrive pas à 2 0/0. Les statistiques de la taille sont beaucoup plus meurtrières.

L'examen cystoscopique m'a maintes fois démontré que lorsque la vessie présente de bonnes conditions, il ne reste pas de fragments de pierre après l'intervention. Si des circonstances particulières obligent parfois à faire une opération incomplète, on pratique quelques jours plus tard une nouvelle séance qui enlève tout. Il est toujours possible de s'assurer, soit par une séance de vérification, soit par la cystoscopie, qu'il ne reste pas de fragments de pierre dans la vessie.

Quand aux récidives, elles sont dues, dans les cas de calculs aseptiques, à ce que de nouveaux graviers descendent du rein, et, dans les cas de calculs secondaires, à ce que le malade néglige de se laver la vessie. Lorsqu'il y a récidive, il est plus facile de pratiquer de nouveau la lithotritie que de refaire la taille. Le grand avantage de la litbotritie est de guérir très vite les malades ; la plupart se lèvent après quarante-huit heures et peuvent sortir de six à huit jours après l'opération.

Pour les calculs de la vessie, la taille ne présente que des indications restreintes. Elle sera préférée chez les enfants, quoique j'aie pratiqué avec succès la lithotritie une fillette de 6 ans. Lorsque la vessie est trop anfractueuse et ulcérée, la taille pourra être indiquée, mais la cystite ne contre-indique pas en général la lithotritie ; dans ce dernier cas il suffit de soigner la vessie, pendant les quelques jours qui précèdent l'intervention, au moyen d'instillations et de lavages. Les pierres trop dures pour être brisées ou les pierres enchatonnées seront enlevées par la taille, mais on a pu broyer des pierres pesant jusqu'à quatre-vingt-quinze et même cent cinquante-deux grammes. La taille est encore indiquée lorsqu'en présence d'un cas d'infection grave, on juge nécessaire de laisser la vessie ouverte. Mais ces indications sont exceptionnelles, et pour donner une idée de leur importance relative, il me suffira de dire qu'à l'hôpital Necker on fait à peine tous les ans une ou deux tailles pour calcul, tandis que, dans le même laps de temps, on pratique de cent à cent vingt lithothrities.

M. H. Milton (du Caire) communique les résultats qu'il a obtenus par la lithotritie dans environ 550 cas de calculs vésicaux, dont plus de 100 pesaient une cinquantaine de grammes et dont quelques-uns atteignaient même le poids de 200, 300 et 400 grammes.

De ses observations l'orateur conclut que : 1° tous les calculs, quelque volumineux et durs qu'ils soient, peuvent être extraits par la lithotritie en une seule séance ; 2° la lithotomie périnéale ou sus-pubienne peut fournir des résultats presque aussi favorables que ceux que donne la lithotritie dans le traitement des petits calculs ; mais plus le calcul est gros et le malade épuisé, plus la lithotritie est indiquée.

Fragmentation spontanée des calculs vésicaux urinaires.

M. Severeanu lit sur ce sujet une note de laquelle il résulte que la fragmentation spontanée est une des formes les plus rares de l'évolution finale des calculs. En plus de trente ans de pratique chirurgicale, l'orateur n'en a rencontré qu'un seul cas, et ce fait est d'autant plus intéressant que le calcul uratique, dont il s'agit, s'est fragmenté en deux morceaux d'égales dimensions.

Sur la sérothérapie des néoplasmes malins.

M. J. F. Sématzky. — J'ai employé la sérothérapie dans vingt-deux cas de néoplasmes malins et avec des résultats toujours négatifs, ce qui me porte à croire que, dans les quelques faits publiés — fort peu nombreux d'ailleurs — de néoplasies malignes guéries au moyen d'injections de sérum, il a dû être commis quelque erreur de diagnostic.

Si les injections de sérum ne sont pas curatives, sont-elles au moins utiles ? A cette question, je réponds : non ; elles sont tout à fait inutiles ! Je vais même plus loin, et j'affirme qu'elles sont nuisibles par le danger des infections (purulente, pyohémique et érysipélateuse) qu'elles

peuvent créer, mais qui ne surviennent, je dois le dire, que rarement. Ce qui, par contre, se produit beaucoup plus souvent, c'est l'intoxication immédiate par les poisons contenus dans le sérum lui-même : les sérums extraits du sang des différents animaux sont toxiques pour l'homme.

J'estime en conséquence qu'il n'est point permis de mettre dorénavant en usage dans les cliniques, pour le traitement des tumeurs malignes, les sérums d'animaux préparés jusqu'ici. Il y a lieu d'abandonner entièrement jusqu'à nouvel ordre, ce genre de recherches à la médecine expérimentale. Mais, étant donnée la vogue de la sérothérapie, on peut se demander s'il ne conviendrait pas de s'efforcer de trouver un milieu qui, tout en renfermant les éléments actifs des sérums sanguins, fût en même temps dénué de leurs propriétés dangereuses.

(*Semaine médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 septembre.

Le traitement de la lèpre par les injections hypodermiques de sérum antilépreux.

M. Hallopeau. — Les questions de thérapeutique relatives à la lèpre comptent parmi les plus difficiles à élucider. On sait, en effet, que cette maladie procède par poussées successives auxquelles font suite spontanément des périodes souvent très prolongées de régression et d'amélioration parfois assez prononcées pour simuler la guérison : si l'on administre le médicament pendant la poussée, on peut se croire en droit de lui rapporter la cessation des accidents aigus bien qu'elle se fut produite en l'absence de toute intervention et si on l'emploie dans les périodes de régression, on peut lui rapporter à tort l'amélioration qui suit presque fatalement chaque poussée.

Une médication réellement curative serait celle qui aurait pour résultat d'activer les régressions spontanées, de les rendre complètes et d'empêcher de nouvelles poussées de se produire.

Le sérum antilépreux préparé et préconisé par le Dr Carrasquilla ne satisfait pas à ces desiderata. L'auteur le prépare en injectant à des chevaux le sérum obtenu par une saignée faite chez un lépreux.

Or, rien ne prouve que ce sérum humain contienne les microbes de la lèpre; de plus, ce liquide n'est pas recueilli avec de suffisantes précautions antiseptiques; il est chargé de microbes étrangers à la lèpre; néanmoins, il est généralement bien supporté; les réactions locales et générales qu'il peut provoquer sont habituellement modérées; son action sur la lèpre peut être nulle; des formes tuberculeuses ont persiste avec tous leurs caractères, malgré son emploi prolongé; il n'empêche pas, contrairement aux assertions de son auteur, de nouvelles poussées de se produire; les régressions survenues chez les malades de Saint-Louis soumis à son action n'ont pas dépassé celles qui se produisent d'habitude spontanément dans l'intervalle des poussées; c'est prématurément que l'on a annoncé l'amélioration et même la guérison de la lèpre par ce sérum.

On pourrait, avec plus de chances de succès, préparer un sérum antilépreux en injectant à un animal des bacilles de léprômes.

(*Bulletin médical.*)

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Avortement tubaire.

A l'hôpital Middlessex, **M. Bland Sutton** a opéré une femme de 27 ans, mariée depuis un an. Depuis son mariage, elle avait été parfaitement bien réglée pendant dix mois, mais au bout de ce temps elle commença à s'apercevoir de pertes légères, fréquentes, et à la fin du mois de juillet elle eut soudainement une grande douleur pelvienne suivie de collapsus grave. Le médecin qui la vit alors constata qu'elle présentait tous les symptômes d'une hémorrhagie interne grave et pendant quelques heures il pensa qu'elle allait mourir.

Le jour suivant, comme la malade s'était un peu remise, M. Sutton fut consulté sur la nécessité d'une intervention chirurgicale. On transporta la malade à l'hôpital et l'examen démontra que du sang s'échappait en petite quantité de l'utérus ; on pouvait sentir une masse ronde à gauche et derrière cet organe. Les signes physiques joints aux antécédents ne laissèrent pas de doute que la malade souffrait d'une grossesse tubaire qui s'était rompue dans le petit bassin. M. Sutton dit que l'avortement tubaire était très probable, vu l'écoulement de sang par l'utérus depuis l'attaque de collapsus.

On fit la laparotomie et on trouva l'abdomen plein de sang foncé qui non seulement remplissait le bassin, mais s'étendait aussi à la hauteur du diaphragme et baignait la surface convexe du foie. La trompe de Fallope gauche était agrandie jusqu'à la dimension du poing d'un enfant; elle fut attirée dans la plaie et une môle tubaire fut trouvée qui faisait saillie de son ostium excessivement dilaté. Le pédicule fut transpercé et noué avec deux ligatures en soie et le tube et l'ovaire enlevés. Le tube et l'ovaire droits étaient en bon état et ne furent point touchés. On fit un lavage complet de toute la cavité de l'abdomen depuis le diaphragme jusqu'à la partie inférieure du bassin avec plusieurs litres d'eau tiède ; une quantité énorme de caillots et de sang veineux liquide fut ainsi enlevée.

On retira ce qui restait de cette eau dans le bassin au moyen d'éponges et la plaie fut fermée par une triple rangée de sutures et pansée avec de la gaze stérilisée.

M. Sutton fait remarquer que les signes cliniques ne laissaient pas le moindre doute qu'il s'agissait d'une trompe gravide et le fait que le sang s'écoulait lentement par le vagin indiquait que la môle était restée dans la trompe et que le sang s'échappait par son orifice utérin; ceci lui paraît un point important pour distinguer entre la rupture d'une trompe gravide et un avortement tubaire.

Le cas, dit-il, est encore très intéressant par ce fait que la môle qui n'était pas plus grande qu'un œuf de colombe allait justement être expulsée à travers l'ostium abdominal. Quelques observateurs compétents doutent que l'expulsion complète d'une môle d'une trompe non rompue ait jamais lieu, mais M. Sutton constate que le cas qu'il vient d'opérer est le troisième où il a vu la môle faire saillie par l'ostium. Ce cas démontre en outre que la perte de sang dans l'avortement tubaire, même à cette période peu avancée, peut être aussi abondante et même dépasser celle qui a lieu dans la rupture d'une trompe gravide; en vérité, il n'a jamais vu une si grande quantité de sang libre dans la cavité de l'abdomen, opinion partagée par ceux de ses collègues qui ont vu son opération. Il considère le pronostic comme bon. Entre ses mains, les résultats d'opérations pour hémorrhagie de trompes gravides ont été aussi favorables que ceux de l'ovariotomie simple. M. Sutton constate en plus que, depuis qu'il a adopté la méthode de fermer l'incision abdominale en trois rangées, le péritoine par une suture continue de soie mince, les muscles et l'aponévrose par des sutures de corde à boyau et la peau par une suture simple en soie, il a cessé de faire porter aux malades des ceintures abdominales et une cicatrice faible est absolument inconnue.

COU, CRANE, FACE

Fibro-sarcôme du cou. Hémorrhagie primaire abondante.

A l'hôpital Westminster **M. de Santi** a opéré un homme de 44 ans qui avait été admis souffrant d'hémorrhagie très abondante d'une tumeur du cou. La tumeur existait depuis dix-sept ans; pendant ce temps elle était restée presque stationnaire, augmentant, mais presque imperceptiblement jusque vers trois mois avant l'admission du malade. A cette époque elle s'était mise à croître rapidement et avait presque doublé de volume. Quand l'interne vit le malade, ce dernier était trempé de sang, la partie la plus superficielle de la tumeur ayant crevé à travers la peau; cette hémorrhagie était distinctement veineuse et ne pouvait être arrêtée que par une pression forte à l'endroit de la rupture.

Quand M. de Santi vit le cas peu de temps après, il trouva que la tumeur n'avait aucune attache profonde et qu'elle était librement mobile. Il décida donc que le meilleur moyen était d'enlever la tumeur tout entière.

Il pratiqua deux incisions elliptiques à l'entour de la base de la tumeur, une forte pression étant maintenue sur le point d'hémorrhagie. On s'aperçut alors que la tumeur était nourrie par quelques veines très volumineuses. On dut les isoler et les lier avec grand soin, surtout en prévision des tractions excercées sur la tumeur qui aurait pu briser une de ces veines. On trouva la tumeur même attachée à l'aponévrose profonde du cou, elle fut enlevée en totalité avec une grande étendue de la peau apparemment infiltrée par l'affection; ceci fut accompli sans beaucoup de difficulté, la tumeur étant pour la plus grande partie entourée d'une capsule. La grande plaie ainsi laissée fut fermée avec grande difficulté au moyen de sutures en tendon de kanguroo et les bandages furent appliqués de manière à relâcher autant que possible ce côté du cou.

M. de Santi remarque qu'il avait considéré comme inutile de faire une incision dans la tumeur pour essayer de trouver le point de l'hémorragie et que la bonne marche à suivre était évidemment d'enlever largement la tumeur puisqu'elle ne s'étendait pas profondément et qu'elle n'était pas absolument fixée. Le point le plus délicat de l'opération était d'empêcher l'entrée de l'air dans les grandes veines qui traversaient la tumeur; le meilleur moyen d'atteindre ce but est, dit-il, de faire une dissection soigneuse pour mettre à découvert chaque veine, d'appliquer deux pinces sur chaque vaisseau et d'en faire une ligature immédiate entre les deux points comprimés. Il est aussi très nécessaire de ne pas exercer trop de traction sur la tumeur elle-même, car dans de tels cas, une veine adhérente peut être rompue et rester béante, donnant accès à l'air, ce qui expose à de graves dangers et à des symptômes urgents de dyspnée cardiaque.

M de Santi fait aussi remarquer qu'il est bien préférable, quand cela est possible, d'enlever largement aussitôt que l'on peut une tumeur quelconque que l'on est disposé à considérer comme non maligne à cause de son état stationnaire pendant de longues années, car il y a toujours à craindre qu'elle ne devienne maligne.

Sous le microscope, la tumeur enlevée était un sarcôme, caractère qu'elle avait évidemment pris pendant les derniers mois; dans ce cas, l'hémorragie a été en pratique la seule raison qui a amené le malade à réclamer une intervention qui a permis à temps l'enlèvement de toute la tumeur.

(*Médecine moderne.*)

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 41 9 Octobre 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des phlegmons abdominaux consécutifs aux tumeurs cancéreuses de l'intestin (1).

Par M. Gangolphe,

Agrégé, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu.

La mise à l'ordre du jour de la communication de M. Tournier (*sur la périgastrite cancéreuse*) m'a conduit à faire connaître les données que je possédais sur un groupe de faits cliniques similaires. Ces données présentent, en outre, cette particularité d'avoir été passées sous silence par la plupart des auteurs.

Le mémoire de Feulard, publié en 1887 dans les *Archives de Médecine*, contient une étude systématique complète des phlegmons consécutifs aux cancers de l'estomac. La bibliographie et l'étude si complète qu'en a fait M. Tournier achèvent de nous faire connaître les modalités cliniques de ces lésions.

Quant aux phlegmons abdominaux déterminés par les néoplasmes de l'intestin proprement dit, ils sont relativement rares et n'avaient été l'objet d'aucune étude spéciale avant la thèse de notre élève M. Opin (1). On trouvera dans ce travail les détails et les renseignements bibliographiques concernant cette question. Je ne veux rapporter ici que les faits essentiels et faire connaître en les complétant mes observations personnelles.

Anatomie pathologique. — La *prédominance des phénomènes phlegmoneux liés au cancer est manifeste pour le gros intestin.* Sur 13 cas, 12 fois il s'agissait de l'S iliaque (7 fois), du cæcum (2), du côlon transverse (3). Seul un fait de Hülke est relatif au duodénum (2e portion).

En général, il s'agit de *tumeurs volumineuses;* plusieurs fois l'on compare leurs dimensions à celles de la tête d'un adulte; néanmoins il semble ressortir de ce que nous avons lu qu'il ne s'agit pas tant d'une ulcération de la paroi par envahissement progressif que du développement de *véritables abcès au voisinage de la tumeur.*

Les *fistules* qui se présentent sur la paroi abdominale peuvent bien à une période ultime devenir le siège de bourgeons cancéreux, mais c'est le pus qui leur a frayé le chemin. Le foyer phlegmoneux et la lésion néoplasique constituent une cavité fort irrégulière, dans laquelle il est *difficile*, quelquefois même *impossible*, de noter nettement les relations de l'abcès avec la cavité intestinale.

En effet, si l'on trouve souvent un véritable *cloaque* formé par les masses cancéreuses et les différents tissus avoisinants, rempli de détritus putrilagineux, de bourgeons d'aspect gélatineux, colloïdes, on peut rencontrer, comme dans le cas de Laveran, un abcès de voisinage lié à un cancer de volume restreint.

Dans ce cas on trouva à l'autopsie une collection purulente située au-dessous de l'intestin et occupant toute la fosse iliaque gauche. Le muscle iliaque était sphacélé, il y avait en avant une fusée purulente

(1) Communication faite à la Société de médecine de Lyon, janvier 1897, et extrait du *Lyon médical*, n° 40, 1897.

(1) Opin : Thèse de Lyon, décembre 1896. Etude sur les phlegmons de l'abdomen symptomatiques des néoplasmes de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.

arrivant jusque sous la peau de l'abdomen, par un trajet situé en dehors du grand droit du côté gauche. La tumeur était développée dans la paroi de l'S iliaque, mais d'un côté seulement; pas de rétrécissement de calibre, pas de saillie polypiforme.

Pas de distension de l'intestin au-dessus de la tumeur, inégale, bosselée, ayant huit à dix centimètres dans tous les diamètres.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithéliôme.

Le calibre de l'intestin est toujours modifié par le néoplasme; la *diminution* plus ou moins marquée du calibre *est la règle*; les seules exceptions sont celles concernant les cas où la masse cancéreuse ayant totalement détruit l'intestin se trouve constituer les parois d'une cavité due au ramollissement putrilagineux.

L'abcès peut affecter une forme en *bouton de chemise* due à la résistance des plans aponévrotiques; on trouve alors sous la peau une collection superficielle communiquant dans la profondeur avec le foyer primitif. En général, il se fait plusieurs orifices fistuleux qui après avoir donné du pus, mêlé ou non à des gaz, à des matières fécales, livrent plus tard passage à de gros bourgeons cancéreux.

Ce qu'il y a de singulier, c'est la *rareté de la péritonite diffuse septique;* ordinairement des adhérences isolent et protègent la cavité péritonéale.

Dans un cas cependant cette complication enleva le malade; on trouva une perforation d'une adhérence péritonéale unissant l'S iliaque, siège de la tumeur, et la cavité de l'abcès.

On peut enfin considérer comme *fréquente la perforation de la vessie.* L'issue de gaz et de matières purulentes stercorales par l'urèthre vient alors ajouter encore aux symptômes si pénibles que présentait le malheureux patient.

Symptomatologie. — Les phénomènes cliniques qui accompagnent ces phlegmons sont fort variables. Nous n'insisterons pas sur les troubles fonctionnels, la cachexie tenant au néoplasme lui-même. Habituellement ils ont précédé de plus ou moins longtemps l'apparition de la suppuration; mais celle-ci peut survenir d'une façon subaiguë, s'annoncer par une collection fluctuante, ou débuter d'une façon foudroyante.

Les observations personnelles que nous mettons sous les yeux du lecteur lui permettront de se rendre compte de ces diverses variétés.

OBSERVATION I. — *Cancer du côlon; suppuration périnéoplasique.*

Femme de 55 ans. Entrée à la Croix-Rousse en juillet 1892, pour des phénomènes douloureux de la région de l'hypochondre droit. Au-dessus de l'ombilic, dans la région de la vésicule biliaire et sur une étendue de cinq à six travers de doigt, on trouve une tuméfaction douloureuse qui paraît peu mobile, relativement fluctuante.

Pas de symptômes gastriques, pas de symptômes du côté de la vésicule. De temps à autre, élévation de la température à 39°,5. État général assez mauvais en raison d'antécédents tuberculeux héréditaires.

Incision : issue d'un demi-verre de pus fétide, jaunâtre, assez bien lié. Deux drains. Ni gaz, ni matières. Disparition des symptômes inflammatoires. Amélioration relative.

Au bout de trois semaines, issue de quelques matières fécales qui continuent à sortir, en même temps que de temps à autre on a des phénomènes de rétention.

Mort dans un état cachectique au bout de quatre à cinq mois.

A l'autopsie on trouve un cancer du côlon avec péritonite adhésive formant des foyers.

OBSERVATION II. — *Néoplasme du gros intestin; phlegmon et perforation vésicale.*

Homme de 38 ans, sans antécédents pathologiques, est pris de phénomènes douloureux dans la région hypogastrique, de gêne dans la défécation.

Une tumeur se manifeste à cet endroit. Un chirurgien considère cela comme un abcès. Au bout de quelque temps cet abcès s'accompagne d'occlusion intestinale. La tumeur augmente ainsi que les phénomènes phlegmoneux. Le malade est conduit à l'Hôtel-Dieu où M. Pollosson fait une incision et trouve des masses d'aspect myxomateux siégeant sur le gros intestin. Le malade est soulagé; anus contre nature ne donnant pas issue à la totalité des matières. Je vois le malade à ce moment. Phénomènes vésicaux. Cystite. Pénétration du néoplasme dans la vessie. Issue de gaz, de pépins de raisins par le méat. Douleurs atroces. Le malade se cachectise. Le flanc gauche est le siège d'une ulcération à bords fongueux, bourgeonnants, myxomateux, par lesquels sortent des matières, mais pas d'urine. La surface occupée par ce néoplasme est très large. Le malade meurt cachectique six ou sept mois environ après le début de sa maladie (mars 1893).

OBSERVATION III. — *Néoplasme malin de l'S iliaque: phlegmon aigu; perforation vésicale.*

Homme de 50 ans, santé habituelle assez bonne, un peu rhumatisant.

Dans le courant du mois d'août 1893, chute sur le

ventre, sans qu'il y ait eu symptômes consécutifs sérieux. Quelques temps après il semble au malade qu'il avait quelque chose de gros dans le flanc gauche. Du reste il éprouvait déjà un peu de gêne quelque temps auparavant. Pas de troubles de la digestion. Un peu de constipation habituelle. Peu à peu douleurs dans le flanc gauche de temps à autre; station debout et marche un peu fatigantes. Sensation nette de quelque chose de volumineux du côté gauche, vers la fin octobre. Dans le courant de décembre, constipation opiniâtre, troubles de la digestion, diminution de l'appétit. Coliques. Amaigrissement.

Dans le courant de janvier, je suis appelé pour des accidents aigus d'occlusion intestinale. Il semble que les accidents aient commencé sous l'influence d'une purgation à l'huile de ricin.

Les lavements restèrent inutiles. An moment où je vois le malade, je constate une tumeur qui était de la grosseur des deux poings située dans le flanc gauche, s'étendant au-dessus de l'arcade crurale qu'elle n'atteint pas, allant en haut jusqu'à l'ombilic; en dehors n'atteignant pas l'épine iliaque antéro-supérieure, tumeur arrondie, paraissant adhérente dans les parties profondes ou du moins d'une mobilité relative, douloureuse, mais n'amenant pas de changements du côté des téguments. Pas de fluctuation.

Ventre ballonné, rien au toucher rectal.

Pas de troubles de la miction.

Pas d'élévation de la température.

Selles, rien de particulier. Pas de selles sanglantes.

Un médecin avait diagnostiqué une invagination intestinale. Le malade avait à ce moment l'aspect cachectique. Issue de quelques gaz sous l'influence de lavements huileux. Le malade fut soulagé.

Je suis rappelé brusquement au mois de février pour un phlegmon survenu à gauche dans la région occupée par la tumeur et cela en deux ou trois jours. Peau rouge, œdématiée. Fluctuation en un point et dans un autre sensation de gaz. Le malade a 40°8. Les accidents d'obstruction ne dominent pas le tableau, mais s'y joignent.

Le malade est opéré le même soir.

On incise et on donne issue à un demi-verre de pus fétide venant des parties profondes au delà de la paroi abdominale; on place deux drains. Contrairement aux prévisions, il n'y eut issue ni de matières, ni de gaz. La température tomba dès le lendemain à 37°7, 37°2 et il n'y eut pas d'élévation les jours suivants.

L'œdème diminua vite; l'exploration devint plus facile et permit de se rendre compte que la tumeur avait augmenté de volume. Malgré les lavements, les phénomènes d'occlusion intestinale persistent; en huit jours le malade n'a pas fait plus d'un demi-verre de matière.

Je porte le diagnostic de néoplasme de l'S iliaque, nécessitant une cæcostomie.

A ce moment le malade est vu par M. Ollier. A son avis les symptômes locaux permettent difficilement de diagnostiquer le néoplasme, mais l'indication chirurgicale est indiscutable. Vomissements fécaloïdes. Le 8 février, anesthésie à l'éther, pendant laquelle le malade vomit abondamment des matières fécaloïdes; incision à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, et dont les deux tiers internes se trouvent en dedans de l'épine iliaque.

Le doigt introduit dans le péritoine trouve une anse d'intestin grêle très distendue. Elle est refoulée au-dessous, on trouve le cæcum dont une bosselure vient s'offrir assez facilement.

1° Suture du péritoine à la peau.

2° Suture de l'intestin au péritoine, aux lèvres de la plaie. Ouverture de l'intestin au bistouri sur une étendue de dix à douze millimètres. Suture de la muqueuse à la peau. Une sonde Nélaton en caoutchouc rouge est introduite dans le cæcum qui est rempli de matières fécales brunâtres.

Les jours suivants les matières sortent avec difficulté. Injection d'huile par la sonde dans le cæcum. Peu à peu amélioration. Pas de signe de péritonite. Pas d'infiltration inflammatoire.

Le malade part trois semaines après. Il continue les mêmes soins chez lui.

Revu plus tard le malade peut se promener, aller et venir avec un simple tampon et va régulièrement du ventre. Etat général meilleur. Quelques vents seulement par le bout inférieur.

Le malade peut vaquer à des occupations de bureau. Son état général est un peu meilleur. Mais la tumeur persiste toujours et de temps à autre les abcès qui sont toujours restés fistuleux sécrètent davantage, dans certains cas même donnent issue à une substance gélatineuse comme du myxôme.

En juin 1895 apparaissent des troubles vésicaux; fréquence des besoins d'uriner, douleurs; puis issue de quelques gouttes de sang à la fin de la miction. Peu à peu ces symptômes s'accentuent, augmentant l'état de souffrance du malheureux. L'urine devient sanieuse, fétide, sanguinolente; l'état de cachexie s'accentue et le malade succombe dans le courant du mois d'août 1895.

Diagnostic. — Le diagnostic est relativement facile à faire quand on a observé le patient avant ou dès le début des symptômes inflammatoires; plus tard il devient très délicat, l'inflammation masquant la tumeur. L'existence de troubles du côté des fonctions digestives (diarrhée, coliques, mélœna), mais surtout les symptômes d'occlusion intestinale chronique constituent autant de données susceptibles d'établir le diagnostic.

Il est toutefois une affection qui peut, croyons-nous, donner lieu à des erreurs, c'est l'*actinomycose abdominale* ou mieux iléo-cœcale. On se souviendra cependant que l'actinomycose ne s'accompagne nullement de symptômes d'occlusion, et que s'il y a tumeur, celle-ci est d'une *dureté ligneuse* et adhère très vite à la paroi. Ce n'est que dans les phases ultimes que se développent des *fistules* d'aspect spécial *à bords violacés,* donnant issue aux grains jaunes caractéristiques. Ces caractères, particulièrement mis en évidence dans la thèse de notre élève M. Inglés, se présentaient avec la plus grande netteté sur un malade de notre service.

Quant à la tuberculose du cæcum, nous la croyons fort difficile à distinguer quand elle s'accompagne de suppuration phlegmoneuse, mais nous ne possédons sur ce point aucune donnée personnelle.

J'aurai terminé quand j'aurai dit que l'*évolution du néoplasme* paraît toujours avoir été *fâcheusement influencée par l'infection surajoutée*.

L'intervention chirurgicale doit consister dans l'incision et le drainage des foyers d'une part, et d'autre part dans l'établissement d'un anus contre nature, s'il existe des symptômes d'occlusion.

L'ablation du néoplasme paraît impossible dans la plupart des cas; seules des opérations palliatives (anus contre nature, entéro-anastomoses, cystostomie) permettent d'apporter quelque soulagement à l'état des malades.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

CONGRÈS DE MOSCOU. — M. TUFFIER

Résultats de 153 opérations pratiquées sur le rein.

(Suite et fin.)

Sinon c'est à la néphrectomie que j'ai recours. Dans un autre cas, l'un de calcul de l'uretère, l'autre de calcul du bassinet, la simple extraction des corps étrangers a suffi à guérir mes malades. J'ai toujours soin, dans ces cas, de pratiquer le cathétérisme de l'uretère, pour bien m'assurer de sa perméabilité avant de suturer la glande. En somme, le traitement conservateur est ici la règle absolue. Si l'on se trouve en présence de reins hydronéphrotiques transformés en une coque fibreuse et dans lesquels toute trace de parenchyme rénal a disparu, la néphrectomie s'impose, et j'y ai eu recours deux fois dans ces conditions. Mes deux malades ont guéri.

Je rangerai à côté de ces rétentions aseptiques d'urine dans le rein deux cas *d'hématonéphroses*. J'ai désigné sous ce nom un épanchement constitué par de l'urine et du sang dans le bassinet. C'est une complication de certaines tumeurs du rein et du bassinet, tumeurs provoquant peu à peu une dilatation de la glande par obstruction progressive de l'embouchure de l'uretère, c'est-à-dire une hydronéphrose. L'hémorrhagie qui accompagne ces néoplasmes et qui se traduit généralement par une hématurie, se fait alors dans le bassinet et se mélange au liquide de l'hydronéphrose, constituant une hématonéphrose. Suivant la quantité de sang épanché, le liquide varie de coloration. Chez mon premier malade, sa coloration était telle, qu'au moment où je l'ouvris, il ne fut douteux ni pour moi, ni pour mes assistants, que je n'eusse ouvert la veine cave. La bénigne terminaison de l'hémorrhagie nous montra qu'il n'en était rien. Fait clinique intéressant, les urines de mon premier malade étaient absolument claires à certains moments, si bien que l'hématurie était régulièrement intermittente. Chez le second, il existait des hématuries profuses. Mon premier malade fut néphrectomisé et guérit. Le second avait une très petite tumeur du bassinet, mais son état ne me permit pas de faire autre chose qu'une néphrotomie. Les hémorrhagies disparurent et le malade succomba à la cachexie en juin 1897, sans avoir présenté de nouvelles hématuries.

Tumeurs. — Les succès opératoires et thérapeutiques dans l'attaque des tumeurs du rein, dépendent avant tout de la précocité du diagnostic, et, dans un mémoire déjà ancien (*Annales génito-urinaires*, 1888, p. ...), j'ai étudié les symptômes de ces néoplasmes et leur valeur au point de vue de la révélation de la gravité de ces tumeurs. Les résultats auxquels je suis arrivé étaient peu encourageants, et bien que j'aie rencontré depuis cette époque quelques malades présentant des signes de néoplasme au début, la moyenne partie de ceux que j'ai enlevés étaient déjà anciens, étendus, ou même en voie de généralisation. Pris en bloc, sur six cas de tumeurs, j'ai eu 50 0/0 de mortalité opératoire. L'hématurie est le meilleur signe, car l'augmentation du volume de l'organe fait très souvent défaut. Dans ce que j'appellerai l'*évolution thoracique* de la tumeur, si le rein reste à sa place, il est impossible de déceler son augmentation

de volume. Deux fois, j'ai enlevé des néoplasmes du volume des deux poings, sans que personne ait pu percevoir chez ces malades un changement de volume quelconque du rein. La tumeur se creuse une loge sous le diaphragme, et l'incision lombaire elle-même fait d'abord rencontrer l'extrémité inférieure normale de la glande. L'extraction de cette variété de tumeurs est particulièrement difficile et dangereuse, parce qu'il faut décoller des adhérences sous-costales souvent très profondes. Dans tous les autres cas, la néphrectomie ne me paraît un peu spéciale que par la vascularisation extrême de la capsule adipeuse du rein et la dilatation des vaisseaux avoisinants, y compris ceux du hile; mais, en revanche, l'unilatéralité des lésions est un élément favorable.

Dans toutes nos interventions pour tumeurs malignes, j'ai employé la voie lombaire, mais je ne rejette pas la voie péritonéale et je la prendrai quand je me trouverai en présence de néoplasmes assez volumineux pour indiquer ce procédé.

Les néoplasmes bénins sont rares, j'ai eu l'occasion d'en rencontrer deux exemples que j'ai traités par la *néphrectomie partielle* suivie de sutures de la plaie rénale, opération calquée sur les expériences que j'avais pratiquées en 1888. Quand ces néoplasmes sont encapsulés, leur énucléation est facile, j'ai opéré ainsi avec succès, en 1894, un fibrôme siégeant sur la face antérieure du bassinet en un point très rapproché du hile. Chez une seconde malade, je tombai sur un adénôme végétant infiltré dans le parenchyme et je dus faire une large brèche en plein tissu rénal sain pour extirper la tumeur. Les résultats opératoire et thérapeutique furent également favorables.

Kystes. — Je suis intervenu trois fois par jour des tumeurs kystiques du rein.

Deux de mes malades étaient atteints du rein polykystique et dans le premier cas je pratiquai une kystotomie, l'opération se passa sans incident, le rein incisé ne donna pas lieu à un écoulement sanguin considérable, mais quarante-huit heures après survint une hémorrhagie secondaire à laquelle la malade succomba rapidement.

Ma seconde malade présentait tous les signes cliniques du rein mobile douloureux, la glande rénale était abaissée et c'est seulement après l'incision lombaire et la dénudation du rein de sa capsule adipeuse, que je reconnus la dégénérescence kystique de l'organe.

N'étant pas assuré de l'intégrité de l'autre rein et, d'autre part, sachant par l'anatomie pathologique que le rein polykystique est une affection presque toujours bilatérale je refermai simplement la plaie lombaire.

Chez mon troisième malade, j'enlevai par dissection un grand kyste séreux du rein siégeant à l'extrémité supérieur de l'organe et du volume d'un petit citron. Après avoir dénudé le rein, je pus arriver à l'abaisser et à le faire basculer, de façon à présenter son extrémité supérieure entre les lèvres de la plaie. Je fis alors comprimer le pédicule rénal par un aide et j'enlevai au bistouri le parenchyme en dehors de la tumeur. J'obtiens ainsi un angle d'ordre cruenté ouvert en haut. Je passe alors immédiatement au-dessous de la surface cruentée, dans l'épaisseur du parenchyme rénal, et, le traversant de part en part, de quatre fils de catgut n° 3, que je serre modérément et qui accolent directement les deux lèvres de la plaie rénale, je passe ensuite quatre autres fils de catgut n° 2 dans la capsule propre pour parfaire exactement la coaptation, puis je fais cesser la compression du pédicule rénal, il ne se fait pas la moindre hémorrhagie par suture. Suture de la plaie lombaire. La guérison fut parfaite.

L'anurie par rétention uretérale doit être opérée dès qu'elle est reconnue, il est certain que les résultats peu encourageants que nous obtenions précédemment étaient dus à une temporisation dangereuse. J'ai aussi opéré *in extremis* deux malades, l'un six jours, l'autre cinq jours après la dernière émission d'urine. La néphrotomie fut impuissante et nos deux malades succombèrent cinq et sept jours après.

Au contraire, une femme atteinte de cancer utérin avec double oblitération des uretères et anurie depuis vingt-quatre heures, a vécu quatre mois après l'incision du rein et son drainage permanent. Je regarde la néphrotomie comme la méthode de choix, elle est plus facile, plus rapide et tout aussi efficace que l'abouchement de l'uretère à la peau. Une incision lombaire, une boutonnière rénale et une sonde de Malécot introduite à travers cette boutonnière jusque dans le bassinet constituent toute l'opération. J'y joins deux points de suture aux deux extrémités de la boutonnière pour bien fixer la sonde, et je me sers de ces deux fils pour fixer le rein aux lombes en bonne position. Dans les cas où une longue survie pourrait être espérée, je pratiquerais volontiers l'abouchement de l'uretère dans le côlon plutôt qu'à la peau, d'autant

plus que toute l'opération pourrait être extra-péritonéale.

Une intervention peut-être nouvelle et qui mériterait intérêt, consiste dans la *ligature des vaisseaux du rein*, comme méthode de traitement de certaines affections rénales. L'histoire de la malade qui m'a conduit à cette opération est complexe et exceptionnelle, mais elle peut se résumer ainsi :

Une femme jeune m'est présentée comme atteinte d'une infection datant de cinq semaines, infection mal définie, peut-être paludique. Les grandes oscillations de température à maximum vespéral me font penser à une septicémie chirurgicale. Une première intervention fait rencontrer un énorme abcès péri-rénal gauche refermant un litre de pus. Huit jours après cette première intervention, les accidents de septicémie reparurent, une exploration de la région rénale gauche permet d'ouvrir une série de petites collections purulentes situées autour du rein. Le rein lui-même est augmenté de volume et criblé de petits abcès. Je fais une néphrotomie, car l'état de la malade ne permet pas une intervention plus radicale, et je draine largement.

Les accidents ne s'amendèrent que très légèrement après cette deuxième intervention ; aussi, devant la persistance des accidents, et ne pouvant songer à pratiquer une néphrectomie chez une malade aussi affaiblie, je me contentai de placer sur le hile du rein deux pinces courbes que je laissai à demeure pendant quatre jours. Dans les semaines qui suivirent, le rein s'élimina par fragments et l'état général de la malade devint plus satisfaisant. Mais malheureusement des signes de suppuration péri- et intra-rénale du côté droit m'obligèrent à tenter une néphrotomie du rein droit deux mois et demi après, et la malade succomba à cette dernière intervention.

Je ne veux pas insister sur ce fait unique, mais il fait partie d'une étude générale que je poursuis sur les *ligatures atrophiantes dans certains néoplasmes inopérables* et dans certaines *infections*. J'ai à cet égard quelques faits intéressants concernant la langue, l'utérus, la rate, etc.

Les opérations sur l'uretère sont actuellement bien réglées, j'ai essayé d'en donner le manuel opératoire en 1888, et depuis cette époque, l'incision et l'extirpation totale ou partielle de ce conduit ont été souvent exécutées. Pour ma part, je préfère inciser le rein sur le bord convexe dans la lithiase de l'uretère quand le calcul est réductible dans le bassinet. J'ai pratiqué deux abouchements de l'uretère dans la vessie par voie abdominale et par voie vaginale pour remédier à une fistule uretéro-vaginale, deux cas d'abouchement dans l'intestin après extirpation totale de la vessie, pour une exstrophie vésicale dans un cas, pour un épithéliôme diffus chez mon second malade. Chez mon petit opéré d'exstrophie, j'avais inclus dans le rectum l'embouchure des uretères et la muqueuse vésicale adjacente.

Enfin, dans une néphrectomie primitive pour grosse hydronéphrose suppurée, j'ai, en même temps que le rein, extirpé la partie supérieure de l'uretère, siège d'une oblitération consécutive à une coudure due à la mobilité rénale.

Enfin, dans un cas curieux de rétrécissement de ce conduit par une masse fibro-graisseuse d'origine inflammatoire, j'ai eu même temps que la néphrotomie, pratiqué l'extirpation de cette masse, et mon malade est resté guéri.

Il s'agissait dans ce cas d'une uretéro-pyélite ascendante avec accidents de rétention et phénomènes douloureux très marqués, qui avaient amené le malade à un état d'affaiblissement très grave.

Ces faits d'*uretérotomie, uretéroplastie*, d'*uretérectomie*, sont encore à l'étude; pour ma part je crois que l'abouchement de l'uretère dans l'intestin est une opération d'avenir. Dans toutes ces anastomoses, la grande préoccupation doit être de supprimer le rétrécissement cicatriciel qui occupe généralement l'extrémité inférieure de l'uretère rompu et de créer un mode d'abouchement qui mette à l'abri d'un nouveau rétrécissement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 octobre.

Rôle pathogénique des poussières.

M. Kelsch rappelle que nombre d'agents infectieux pénètrent par les voies respiratoires et non par les voies digestives. Cette pénétration se fait par le moyen des poussières qui emportent les germes infectieux.

Dans l'armée, les observations abondent. On connaît les épidémies typhiques de chambrée qui disparaissent dès que le plancher a été enlevé et le sous-plancher désinfecté.

Dans un cas semblable tout récent une épidémie typhique sévissait dans une caserne de cavaliers de remonte. On enleva les planchers et on examina l'entrevous. Or, on y put déceler la présence du bacille d'Eberth.

Au contraire, dans l'eau qui alimentait la caserne on ne trouva pas de bacille typhique.

Dans d'autres cas, les échantillons de poussières recueillies sous les planchers renferment à l'examen microbiologique des microbes saprophytes, des streptocoques, du pneumocoque qui, dans certaines conditions, conservent leur virulence. D'autres microbes, au contraire, semblent perdre assez rapidement leur virulence, tel le microbe cholérique.

En somme, on peut dire, qu'en dehors de la fièvre typhoïde et du choléra qui se transmettent souvent par l'eau, toutes les autres maladies infectieuses se transmettent par les poussières des habitations, surtout des habitations collectives. Il y a là un véritable danger auquel il est fort difficile de se soustraire.

Pourtant le service de santé s'est efforcé de lutter contre ce danger en remplaçant les vieux planchers, en les imprégnant de substances imperméabilisantes, en obturant les joints. Dans ces conditions, on peut faire l'antisepsie de la surface du plancher et empêcher le sous-plancher d'être en communication avec l'extérieur.

M. Laveran. — De nombreux faits démontrent le danger de la souillure des planchers des casernes. Il me semble que le remède à apporter à ce danger doit être radical.

En imperméabilisant les planchers au moyen du coaltar on se met à l'abri des dangers du plancher, mais non à l'abri de ceux du sous-plancher.

D'ailleurs, la coaltarisation est souvent mal faite dans les casernes et quelquefois pas du tout. Je crois donc qu'il faudrait un remède radical à appliquer aux planchers des casernes. Le mieux serait de les supprimer.

M. Kelsch. — Je n'ai voulu parler que du rôle des poussières dans les habitations collectives en me plaçant au point de vue général. D'ailleurs, dans nos casernes on obture les planchers avec de l'étoupe, avec des coins de bois, avant de les passer au coaltar. On peut donc ainsi réaliser une antisepsie très réelle.

Transmission des oreillons de l'homme au chien.

M. Laveran lit un rapport sur un travail de **M. Busquet** portant ce titre.

Il s'agit d'un lévrier russe qui léchait les crachats de son maître atteint d'oreillons. Quelque temps après la guérison de son maître, l'animal devint triste, son nez était sec.

Il présentait de l'empâtement et de la douleur au niveau de la région temporo-maxillaire droite et même de la région parotidienne considérablement augmentée. A la région sous-maxillaire on constatait un engorgement ganglionnaire considérable.

Dans la salive, on trouva de nombreux diplocoques.

La maladie évolua normalement et en quelques jours l'animal guérit.

M. Laveran fait observer d'abord que M. Nocard pense que les oreillons n'existent pas chez le chien.

D'autre part, dans ses expériences avec Catrin, jamais il n'a pu obtenir la production d'oreillons chez le chien. Enfin, l'inoculation des cultures dans le testicule du chien avait produit une orchite banale.

Faut-il donc admettre que le chien de M. Busquet a eu les oreillons? La maladie a été unilatérale, l'animal a eu des ganglions multiples; enfin, les microbes recueillis dans la bouche ne signifient rien. Il est plus rationnel de penser que l'animal a eu une parotidite non suppurée.

Traitement de la lèpre par la sérothérapie.

M. Olaya Laverde. — On sait que la lèpre ne peut être transmise aux animaux au moins à l'état de maladie ayant ses caractères ordinaires.

Nous avons choisi comme animaux d'expérience l'âne, la chèvre et le mouton. Aux uns, nous avons injecté 80 grammes de sang lépreux frais, le lendemain 100 grammes de sérum d'un lépreux robuste. La réaction fut nulle chez ces animaux.

A une autre série d'animaux, nous inoculâmes quinze grammes de sang provenant de l'extirpation de léprômes et 25 grammes de léprômes triturés dans de l'eau passée ensuite sur un linge.

L'expérience fut d'abord faite sur un bouc. L'animal eut une réaction violente. 6 à 8 jours après, nous saignâmes l'animal et son sérum frais fut injecté aux malades. Ce sérum semble beaucoup plus actif que le premier. L'animal a pu en fournir pendant 3 mois.

Injecté comparativement aux malades, le sérum d'âne non vacciné ne donne presque aucun résultat, au contraire celui du bouc inoculé donna des effets très marqués. Ce sérum fut injecté frais aux lépreux à la dose de 5 à 20 centimètres cubes tous les 2 jours.

4 à 6 heures après l'injection, réaction fébrile extrêmement marquée durant quelques heures, parfois sueurs profuses et éruptions ortiées.

60 malades ont reçu de 35 à 40 injections. Les symptômes lépreux se sont toujours considérablement amendés, les infiltrations se sont résorbées, les indurations ont diminué, la pigmentation s'atténue, les tubercules se résorbent ou fondent rapidement; après suppuration, la cicatrisation se fait très vite.

Les ulcères étendus se détergent. L'anesthésie cutanée disparait, la peau reprend son aspect ordinaire, les douleurs disparaissent. Les parésies musculaires s'amendent rapidement, les articulations reprennent leur jeu normal.

Les muqueuses se détergent. Le changement est tel que les malades perdent leur aspect typique et semblent guéris. Ces faits se rapportent surtout aux malades qui sont à la deuxième période de la lèpre.

(*Médecine moderne.*)

REVUE DE CHIRURGIE

COU, CRANE, FACE

Epanchement sanguin traumatique dans la substance blanche avec troubles nerveux consécutifs ; opération ; guérison.

MM. Borsuk et Wizel. — Les extravasations sanguines intracrâniennes susceptibles d'un traitement chirurgical sont généralement situées soit entre l'encéphale et ses enveloppes, soit entre la dure-mère et l'os. Les épanchements plus profonds siégeant soit dans la substance blanche, soit dans les ventricules latéraux, ne donnent, par contre, que rarement lieu à une intervention opératoire, et encore faut-il dire que les résultats obtenus en pareil cas ont été fort peu encourageants. Aussi certains auteurs, M. von Bergmann entre autres, déconseillent-ils toute tentative chirurgicale dirigée contre cette dernière catégorie d'épanchements.

Le cas dont nous allons donner l'analyse semble prouver au contraire qu'un épanchement sanguin situé dans la substance blanche peut être évacué avec succès. Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans qui entra à la clinique de M. Tauber, à Varsovie, ayant reçu la veille un coup de pierre sur le côté gauche de la tête. Le blessé ne présentait au début aucun symptôme inquiétant, mais il se déclara dès le lendemain une aphasie prononcée, accompagnée de parésie des nerfs facial et hypoglosse droits. La trépanation fut décidée, et M. Borsuk reconnut l'existence d'une fracture comminutive d'une partie de l'os pariétal et de l'os temporal du côté gauche. La dure-mère était recouverte d'un fort épanchement de sang coagulé, mais une fois les fragments osseux et le sang enlevés on n'y put constater aucune lésion. L'opérateur termina son intervention par la suture de la peau, après avoir égalisé les bords de la brèche osseuse au moyen de la pince de Liston.

Le surlendemain de l'opération, on constata d'abord une parésie du bras droit, puis les symptômes d'une épilepsie jacksonienne s'étendant au côté droit de la face et au bras droit. Les crises épileptiformes se firent de plus en plus fréquentes et l'hémiplégie droite devint complète ; le malade était sans connaissance ; le pouls était très fréquent et la température élevée. M. Borsuk rouvrit la plaie. La surface de la dure-mère, et après incident de cette membrane, l'aspect du cerveau, n'offrant rien d'anormal, mais une ponction exploratrice du cerveau décela l'existence d'un épanchement sanguin dans la substance blanche, à une profondeur assez considérable. Une incision faite dans la région du centre du facial permit d'évacuer un liquide sanguinolent, mélangé de caillots sanguins. On sutura la plaie, après avoir introduit sous la dure-mère une mèche de gaze iodoformée qu'on fit ressortir à l'extérieur. Le lendemain de cette intervention, la paralysie du côté droit rétrocéda presque entièrement et l'aphasie diminua. Au bout de trois semaines le rétablissement était complet.

MM. Borsuk et Wizel, contrairement à l'opinion de la plupart des physiologistes, concluent de ce cas que l'épilepsie jacksonienne n'est pas exclusivement le résultat d'une irritation de l'écorce cérébrale, mais qu'elle peut être également provoquée par une irritation des fibres motrices de la substance blanche. Cette opinion correspond à la manière de voir de Heidenhain et de Vulpian. Elle est, en outre, corroborée par plusieurs observations cliniques, parmi lesquelles nous signalerons la suivante, mentionnée par les auteurs du présent travail. Elle a trait à un malade âgé de soixante-deux ans, qui avait été atteint d'épilepsie jacksonienne et d'hémiplégie : à l'autopsie, on découvrit dans l'encéphale un néoplasme entouré de substance blanche de tous côtés.

Au point de vue thérapeutique, le résultat obtenu chez le premier malade prouve que les extravasations sanguines situées dans la substance blanche sont moins inabordables qu'on n'était tenté de l'admettre jusqu'à présent.

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Du traitement des blessures de l'abdomen.

M. Madelung. — Quoique l'auteur n'émette dans ce travail de considérations bien nouvelles, nous croyons cependant utile de retracer en quelques mots les règles qu'il a établies pour les premiers soins à donner dans le cas de [blessures pénétrantes de l'abdomen, attendu que la vie du blessé dépend en grande partie des mesures prises par le médecin appelé auprès du malade aussitôt après l'accident.

La question qu'il importe avant tout de trancher est de savoir si l'on se trouve en présence d'une blessure pénétrante ou non. Le plus souvent il suffira pour cela de débrider la plaie. Si cette intervention ne donne pas de renseignements suffisants ou qu'elle soit contre-indiquée par la situation de la blessure, comme il arrive pour les plaies pénétrant dans la cavité abdominale à travers la plèvre, la laparotomie d'urgence pourra être nécessaire. Dans les cas de plaie pénétrante manifeste, il s'agira d'examiner s'il y a lésion des organes abdominaux ou des gros vaisseaux. Ici également la laparotomie s'impose. Comme on le voit, il est donc très important que tout malade atteint d'une blessure profonde de l'abdomen soit transporté immédiatement dans un hôpital, où l'on pourra procéder à son examen et pratiquer au besoin une laparotomie, sans l'exposer aux conséquences d'une intervention faite avec une assistance insuffisante et dans un milieu non approprié à la circonstance. Si l'on a craint autrefois le transport de ces blessés dès qu'il s'agissait d'une distance assez considérable, M. Madelung dit au

contraire que, d'après sa propre expérience, ce transport ne présente généralement pas d'inconvénient notable. Il conseille de faire un pansement abdominal compressif, sans s'occuper de remettre l'intestin en place dans le cas où il serait prolabé, et il proscrit la *suture provisoire* de la plaie, que nombre de médecins pratiquent encore avant le transport des malades. Pour ce qui est de l'opium, l'auteur préfère s'en abstenir, le pansement compressif amenant par lui seul une immobilisation de l'intestin plus sûrement que les préparations opiacées. Par contre, il recommande de procéder au lavage de l'estomac dans tous les cas où l'on est en droit de supposer que la blessure a été précédée d'une importante ingestion de nourriture ou de boisson.

La seule circonstance qui puisse empêcher le transport du blessé et obliger le médecin à intervenir immédiatement, c'est l'existence de symptômes d'une violente hémorrhagie intra-abdominale. En pareille occurence, M. Madelung conseille de pratiquer rapidement la laparotomie, de tamponner à la gaze la région ou siége l'hémorrhagie, d'appliquer un pansement compressif et de transporter sans retard le blessé dans un milieu adapté aux exigences d'une intervention intra-abdominale.

Quant au *shock*, l'auteur croit, contrairement à une opinion assez répandue, qu'il ne constitue point une contre-indication à la laparotomie, mais qu'il oblige au contraire le chirurgien à opérer très vite le *shock* étant fréquemment le résultat d'une hémorrhagie considérable ou d'une irruption de matières fécales dans la cavité péritonéale.

En ce qui regarde le manuel opératoire, il n'y a lieu d'attirer l'intestin hors du ventre immédiatement après l'incision abdominale que s'il existe une hémorrhagie abondante ou si le contenu intestinal s'échappe sans qu'on puisse trouver le lieu de perforation. Dans les autres cas, on évitera autant que possible d'irriter le péritoine et on aura soin de réduire au strict nécessaire toutes les manipulations sur l'intestin. Il sera bon, à cet effet, de relever minutieusement les détails de l'accident afin d'être bien renseigné sur le trajet qu'a pu suivre l'instrument tranchant ou le projectile.

Lorsqu'on est appelé auprès du blessé quelque temps seulement après l'accident, la conduite à tenir variera selon l'état du malade. M. Madelung admet, avec la plupart des chirurgiens, que l'on peut s'abstenir de toute intervention opératoire si les vingt-quatre premières heures qui ont suivi l'accident se sont passées sans aggravation de l'état général et sans altération du pouls.

Toutefois, cette règle ne saurait être appliquée aux contusions de l'abdomen sans plaie extérieure, car la perforation peut encore se faire tardivement dans ce cas. Les sujets atteints de contusions de l'abdomen doivent donc être surveillés attentivement pendant plusieurs semaines si l'on ne veut pas laisser passer le moment où une opération pourrait être urgente, d'où il résulte que les contusions abdominales doivent être traitées à l'hôpital tout comme les plaies pénétrantes.

A la fin de son mémoire, M. Madelung relate deux cas de rupture intra-péritonéale de la vessie, dans lesquels il a d'abord pratiqué la cystotomie sus-pubienne pour se rendre compte de l'endroit où s'était effectuée la rupture, après quoi il a ouvert la cavité abdominale afin de suturer la vessie.

Dans les cas de contusion des tumeurs herniaires il faut, d'après l'auteur, opérer sans retard, le blessé étant exposé aux plus grands dangers si l'on n'intervient pas à temps.

(*Semaine médicale.*)

GYNÉCOLOGIE

De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale, par R. Pichevin, chef des travaux gynécologiques à la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker.

C'est un livre de tous points excellent que celui dont je vais parler et que liront, s'ils ne l'ont déjà fait, tous les chirurgiens qu'intéresse la gynécologie.

Pichevin commence par un historique très détaillé de l'hystérectomie vaginale. Du IIe au XIXe siècle, l'opération n'est faite qu'au hasard, d'une manière quelquefois inconsciente, sans règles précises, et ne s'adresse guère qu'à l'utérus prolabé ou inversé. Amère critique — avant la lettre — des revendications autour desquelles certains chirurgiens de nos jours ont accoutumé de faire tant de bruit, à propos de toute opération, pour d'insignifiantes modifications apportées à des procédés inventés par d'autres, l'hystérectomie vaginale est d'assez basse extraction et a été d'abord le privilège de quelques matrones audacieuses ! La période moderne commence avec Santer (1822) et Récamier (1828) qui, dans la croisade entreprise à cette époque contre le cancer utérin, conseillèrent et pratiquèrent — quoique médecins — l'hystérectomie vaginale. Déjà, à cette époque, on faisait la forcipressure du ligament large, les débridements de la vulve, l'abaissement de l'utérus; Blundel (un accoucheur anglais) tenta même le record de la vitesse et proposa de faire tomber l'utérus en cinq minutes. Chacun sait que d'Angleterre ce record est passé en France — ainsi qu'on dit en langage de sport — où nous espérons bien qu'il demeurera longtemps.

Mais le cancer récidive après l'ablation de l'utérus : alors s'ouvre pour l'hystérectomie vaginale une période de décadence, de réprobation et d'oubli, dans le cours de laquelle cependant Tarral prêche que le dernier mot n'est pas dit encore et que le jour de la renaissance viendra pour l'opération proscrite.

Et ce jour vint. Czerny, en effet, ressuscite et modernise en Allemagne l'opération de Santer que pratiquent

après lui, de 1878 à 1882, Billroth, Schrœder, A. Martin, Olshausen. C'est seulement en 1882 que Demons et Péan font en France les premières tentatives d'hystérectomie vaginale, bientôt suivis par Terrier, Tillaux, Le Dentu, Gillette, Richelot.

Mais l'École française sut regagner le terrain perdu: c'est elle qui montra tous les avantages du pincement des ligaments larges, de l'hémisection antérienre, de la bascule en avant et du morcellement.

Après cette étude historique et une intéressante critique des nombreuses revendications qui ont éclaté de droite et de gauche au sujet de l'hystérectomie vaginale, critique au cours de laquelle l'auteur donne à chacun la part qui lui revient, s'ouvre un chapitre de technique générale où Pichevin étudie successivement l'hémostase, le morcellement, les soins pré-opératoires, l'anesthésie, l'antisepsie, l'instrumentation.

Puis, dans une suite de paragraphes spéciaux, sont successivement passées en revue: l'hystérectomie pour métrite, adénôme et cancer; l'hystérectomie pour salpingo-ovarite; l'hystérectomie pour fibrômes; et, enfin, l'hystérectomie pour inversion et prolapsus de l'utérus. A l'occasion de chacune de ces opérations, l'auteur décrit, explique, discute, et font cela d'une irréprochable manière, les principaux procédés mis en œuvre pour les mener à bien (procédés de Quénu, Péan, Segond, Richelot, Martin, H. Faure, Doyen) et indique, avec documents à l'appui, la méthode de choix.

Un très intéressant chapitre des accidents et des complications de l'hystérectomie vaginale termine le volume: les hémorrhagies, les plaies de la vessie, les blessures de l'uretère, du rectum, de l'intestin, l'occlusion intestinale y sont très bien décrites.

On ne peut que penser et dire du bien d'un pareil livre. Si l'auteur a pris beaucoup de peine à l'écrire — et il a dû en prendre à en juger par la quantité et la précision des documents qui y sont contenus — j'ai eu, pour ma part, beaucoup de plaisir à le lire: tout cela est, en effet, — même les difficiles chapitres de technique — très méthodique, très clair et très simple.

Je ne pense pas qu'on puisse faire un livre plus utile. Lequel, de tous les chirurgiens, ne sera pas heureux, le cas échéant, de trouver condensés en une brochure de deux cents pages tous les documents mis en bon ordre qui concernent l'hystérectomie vaginale? Et quels services ne rendraient pas à tous les opérateurs, grands et petits, les jeunes chirurgiens qui, à l'exemple de Pichevin, écriraient une monographie, qu'il serait, d'année en année, très facile de tenir au courant de la science, sur une opération ou un petit groupe d'opérations données?

Pichevin a fait une trop bonne et trop utile étude de l'hystérectomie vaginale pour ne pas, encouragé par le succès, nous donner bientôt l'hystérectomie abdominale.

PIERRE SEBILEAU

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Inscriptions.

Les inscriptions seront délivrées pendant l'année scolaire 1897-98, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 3 heures.

1er trimestre 1897-98: 1° Incriptions de 1re année (Voir ci-après l'affiche spéciale);

2° Inscriptions de 2e, 3e et 4e années, du 6 octobre au 6 novembre 1897 (excepté les lundis et mardis).

2e trimestre 1897-98: Les inscriptions des quatre années seront délivrées du 5 au 27 janvier 1898 inclus (excepté les lundis et mardis).

3e trimestre 1897-98: 1° Inscriptions de 1re année les 30 et 31 mars, 1er et 2 avril inclus;

2° Inscriptions de 2e, 3e et 4e années, en avril: du 20 au 23 et du 27 au 30 inclus.

4e trimestre 1897-98: 1° Inscriptions de 3e et 4e années (officiat), le 23 juin;

2° Inscriptions de 1re année (doctorat), en juillet: les 1er, 2, 4 et 5;

3° Inscriptions de 2e, 3e et 4e années (doctorat), du 6 au 9 et du 11 au 16 juillet inclus.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés; les inscriptions trimestrielles ne seront accordées en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre encourt la perte d'une à quatre inscriptions; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné pour les épreuves qui lui restent à subir pour un temps qui ne peut excéder une année.

Est passible de la même peine l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté: il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription.

***

Inscription des élèves nouveaux.

L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 4 octobre au 15 novembre 1897.

La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes:

1° Acte de naissance,

2° Consentement du père ou tuteur. (Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou tuteur: la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur);

3° Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie);

4° Certificats d'études physiques, chimiques et naturelles;

5° Certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté.

Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

Le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris a décidé que la revaccination aurait lieu: 1° à l'Académie de Médecine, 41, rue des Saints-Pères; 2° à l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu,

Pour se présenter dans ces établissements, des bulletins individuels de revaccination obligatoire seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures.

* * *

Consignations pour examens qui se passent en sessions.

I. — *Ancien régime.*

1er *Examen de doctorat:* 1° Session d'octobre 1897. — Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 11 et 12 octobre 1897. La session aura lieu du 25 au 30 octobre 1897;

2° Session de janvier 1898. — Seront seuls admis les élèves-docteurs ayant échoué en juillet et en octobre 1897. (La 5e et la 6e inscriptions seront délivrées en janvier 1898, aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1897, et acquitté les droits réglementaires (40 francs.) Les consignations seront reçues les 20 et 21 décembre 1897. La session aura lieu du 3 au 8 janvier 1898;

3° Session de juillet 1898. — Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 20 et 21 juin 1898. La session aura lieu du 4 au 9 juillet 1898.

2e *Examen* (1re *partie*): Session de mars à mai 1898. — Seront admis tous les candidats pourvus de dix inscriptions au moins non périmées, ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 7 et 8 mars 1898. La session commencera le 16 mars 1898.

2e *Examen* (2e *partie*): Session de novembre 1897 à janvier 1898. — Seront admis les candidats pourvus de douze inscriptions. Les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 4 octobre 1897 au 11 janvier 1898. Les candidats seront appelés quinze à vingt jours après la date de leur consignation. La 14e inscription (ancien régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus à la 2e partie du 2e examen.

Examens de fin d'année (officiat): 1° Session d'octobre 1897. — Seront seuls admis les élèves-officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1897 et ceux pourvus d'une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté. Les consignations seront reçues les 11 et 12 octobre 1897. La session aura lieu du 25 au 30 octobre 1897;

2° Session de juillet 1898. — Seront seuls admis les candidats ayant, au moment de l'examen, 4, 8 ou 12 inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 13 et 14 juin 1898. La session commencera le 27 juin 1898.

N.-B. — MM. les élèves officiers de santé sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

II. — *Nouveau régime.*

1er *Examen de doctorat:* Session de mars à mai 1898. — Seront admis les candidats pourvus de six inscriptions, ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 3, 4 et 5 mars 1898. La session commencera le 16 mars 1898.

2e *Examen de doctorat:* Session de novembre 1897 à janvier 1898. — Seront admis les candidats pourvus de huit inscriptions. Les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 4 octobre 1897 au 11 janvier 1898. Les candidats seront appelés quinze à vingt jours après la date de leur consignation. La 10e inscription (nouveau régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus au 2e examen.

III. — *Avis aux candidats ajournés.*

1° Candidats ajournés au 2e examen de doctorat (2e partie) — ancien régime — et au 2e examen de doctorat — nouveau régime.

Les candidats au 2e examen de doctorat (2e partie — ancien régime — et au 2e examen de doctorat — nouveau régime — ajournés avant le 13 février 1898, pourront se présenter de nouveau pendant la session qui aura lieu du 9 au 28 mai 1898.

Ils devront consigner les 25 et 26 avril 1898.

En cas de nouvel échec, ils pourront bénéficier de la session indiquée ci-dessous (§ 2) pour les candidats ajournés au 2e examen (1re partie) — ancien régime — et au 1er examen — nouveau régime.

2° Candidats ajournés au 2e examen de doctorat

(1re partie) — ancien régime — et au 1er examen de doctorat — nouveau régime.

Pour les candidats ajournés au 2e examen de doctorat (1re partie) — ancien régime — et au 1er examen de doctorat — nouveau régime:

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 13 juin);

2° Les épreuves orales seront renouvelées:

A partir du 13 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 15 mai;

A partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 15 mai et avant le 29 mai.

Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront les 23, 24 et 31 mai inclusivement dernier délai.

Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 29 mai consigneront les 13 et 14 juin inclusivement dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en s'inscrivant, la date exacte de leur échec.

N.-B. — En se présentant au secrétariat (guichet n° 3), pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

* * *

Limites des consignations pour examens qui ne se passent pas en sessions.

I. — Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 4 octobre 1897 aux dates ci-après désignées:

Doctorat (ancien régime): 2e examen (1re partie), jusqu'au 8 mars 1898.

(Toutefois, les élèves entrant en 3e année au mois d'octobre 1897 ne pourront consigner que les 7 et 8 mars 1898).

(Voir l'affiche des consignations pour examens qui se passent en sessions.)

2e examen (2e partie).

(Voir l'affiche des consignations pour examens qui se passent en sessions.)

3e examen (1re partie), jusqu'au 21 février 1898;

3e examen (2e partie), jusqu'au 19 avril 1898;

4e examen, jusqu'au 17 mai 1898;

5e examen (1re partie), jusqu'au 14 juin 1898.

(Le bulletin de versement des droits relatifs à cet examen ne sera délivré que lorsque le certificat de stage obstétrical sera parvenu à la Faculté.)

5e examen (2e partie), jusqu'au 28 juin 1898;

Thèses, jusqu'au 5 juillet 1898.

Officiat: 1er examen définitif, jusqu'au 8 mars 1898;

2e examen définitif, jusqu'au 19 avril 1898;

3e examen définitif, jusqu'au 28 juin 1898;

Doctorat (nouveau régime): 1er examen, jusqu'au 8 mars 1898.

(Toutefois, les élèves entrant en 2e année au mois d'octobre 1897 ne pourront consigner que les 3, 4 et 5 mars 1898.)

(Voir l'affiche des consignations pour examens qui se passent en sessions.)

II. — MM. les candidats ajournés avant le 29 mai 1898 sont informés que:

1° L'épreuve pratique d'anatomie sera renouvelée dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 13 juin); l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 1er mai et dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 13 juin);

2° Les épreuves orales seront renouvelées:

A partir du 13 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 15 mai;

A partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 15 mai et avant le 29 mai.

Les candidats ajournés pour la médecine opératoire consigneront les 18 et 19 avril, ou les 23, 24 et 31 mai, inclusivement, dernier délai.

Pour les examens autres que la médecine opératoire:

Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront les 23, 24 et 31 mai, inclusivement, dernier délai;

Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 29 mai consigneront les 13 et 14 juin, inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

Les élèves ajournés après le 29 mai à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Passé le 5 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Le jury est provisoirement composé de MM. Chauffard, Launois, Faure, Blum, Demoulin, Quénu, Porack, Pinard, Duguet, Lebreton.

Concours de l'externat.

Le jury est composé de MM. Mosny, Rénon, Caussade, Claisse, Mauclaire, Thiéry, Guillemin, Demelin.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 42 16 Octobre 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU.**

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des abcès intra-craniens (1).

Par Pierre Sebileau.

I

Un mot d'histoire.

La mise à nu, la ponction, l'incision, l'excision même du cerveau sont possibles; la chirurgie est autorisée aujourd'hui à mettre en œuvre, ici comme ailleurs, le vieil adage : « *Ubi pus, ibi evacua* », pendant bien longtemps resté lettre morte pour la cavité cranienne. Tout n'est point jugé, sans doute, et bien des progrès restent encore à accomplir, en diagnostic surtout. La solution du problème, cependant, commence à se dégager.

Je viens de dire que l'évacuation des abcès du cerveau est une opération moderne; cela n'est pas tout à fait exact, car déjà Quesnay, Lapeyronie conseillaient de la pratiquer. Ils n'osaient cependant inciser ni la dure-mère ni le cerveau, comme le fit, au début de ce siècle, Dupuytren qui, aidé par le hasard, eut la bonne fortune de découvrir un foyer purulent, mais dont l'exemple ne fut pas suivi, sans doute parce que les chirurgiens, dépourvus de toute méthode scientifique d'orientation, ne savaient comment se diriger pour atteindre la collection morbide. On se bornait donc à trépaner, au bout de quelques semaines, au niveau d'un foyer de fracture où apparaissait la suppuration. C'est un fait heureux de ce genre, communiqué par Paul Broca à la Société de chirurgie, en 1866, qui fut le point de départ d'une discussion importante et d'une sorte de réhabilitation de cette sorte de trépanation secondaire; mais la découverte des lésions encéphaliques restait livrée aux hasards des rapports plus ou moins intimes de ces lésions avec le siège de la fracture qui, je le répète, était le seul guide du chirurgien.

Au reste, ainsi que je le disais, la crainte de la méningo-encéphalite arrêtait presque toujours le bistouri quand on se trouvait en face de la dure-mère, crainte d'autant plus justifiée, d'ailleurs, qu'elle n'était point compensée par la certitude de trouver un abcès sous-jacent.

Aussi la trépanation n'eut-elle vraiment son jour de triomphe qu'au moment où Broca édifia la doctrine des localisations cérébrales et où, quelques années plus tard, la pratique de l'antisepsie vint diminuer dans d'incroyables proportions la mortalité opératoire.

Rose, il y a quelques années, contestait encore, au nom de l'anatomie pathologique, que les abcès cérébraux fussent justiciables de l'intervention chirurgicale, entourés qu'ils sont, disait-il, d'une large zone ramollie qui continue à s'étendre malgré l'issue du pus. Cela n'est vrai que pour les abcès aigus; ceux-ci sont superficiels, mais ordinairement très étendus, et leur histoire se confond presque toujours avec celle de la méningo-encéphalite diffuse contre laquelle il n'y a, jusqu'à présent, pas grand'chose à faire. Mais les abcès à développement lent et progressif sont, au moins pour un certain laps de temps, presque tous enkystés par une membrane fort nette; celle-ci est insuffisante, à la vérité, pour limiter l'accroissement

(1) Extrait du *Traité de thérapeutique chirurgicale des maladies du crâne*. — Chez O. Doin (sous presse).

de la poche qui tend, au contraire, à s'agrandir peu à peu et finit presque toujours, en se crevant dans les ventricules ou sous les méninges, par causer la mort au milieu d'accidents brusques, à moins que ne se produise au préalable une évacuation spontanée du pus par les fosses nasales ou par la caisse du tympan; mais, en règle, on peut dire de ces abcès à évolution lente qu'ils sont localisés et clos.

II

Les causes. — Les variétés.

Les abcès intra-craniens n'ont pas tous la même origine.

Les uns sont la manifestation locale d'un état général infectieux : ce sont alors de véritables collections métastatiques et pyohémiques; on les observe dans toutes les suppurations d'ordre chirurgical et aussi dans les suppurations viscérales (bronchite fétide, gangrène pulmonaire, dilatation des bronches).

D'autres sont d'origine traumatique: les microorganismes venus de l'extérieur infectent le cerveau et ses enveloppes à la faveur d'une solution de continuité de l'os.

Une troisième espèce renferme les abcès qui se développent autour d'un foyer de suppuration situé dans le voisinage : ainsi peuvent avoir un retentissement infectieux sur le cerveau, les sinusites frontale, sphénoïdale, maxillaire (quand la voûte osseuse est atteinte), les phlegmons de l'orbite, l'ostéite des os du crâne.

Une quatrième classe, enfin, la plus importante de toutes, est celle des collections cérébrales ou méningées consécutives aux lésions de l'oreille moyenne et de la mastoïde.

Je laisse de côté les gommes tuberculeuses ou syphilitiques ramollies : ce ne sont pas, au sens propre du mot, des abcès.

Pour éviter des répétitions, je parlerai, dans ce chapitre, du traitement de tous les abcès intra-craniens, exception faite cependant pour ceux qui compliquent les otites et les mastoïdites; la fréquence de ces derniers est telle, leurs caractères sont si particuliers, leur thérapeutique est si spéciale, qu'une étude particulière doit leur être réservée.

A. *Abcès pyohémiques.* — Ici, le chirurgien n'a rien à faire; les abcès sont multiples, l'économie tout entière est infectée; l'abstention s'impose. « Contre ces abcès de cause générale, dit G. Marchant, la chirurgie restera toujours désarmée ; ces collections purulentes ne sont, dans ces cas, que des épiphénomènes d'une maladie principale, souvent fort grave, parfois fatale; il semble que leur multiplicité constante et leur récidive (Bergmann) frappera d'emblée et à tout jamais d'impuissance toute intervention dirigée contre eux ».

B. *Abcès traumatiques.* — Les abcès traumatiques sont de deux ordres: 1° superficiels et précoces; 2° profonds et tardifs.

Des *abcès précoces*, je dirai peu de choses. Trop souvent, une méningite diffuse nous surprend sans nous laisser le temps d'agir. Mais, quelquefois aussi, la plaie se cicatrise lentement, du pus s'écoule, l'aphasie ou des paralysies localisées se manifestent: c'est qu'alors ces phénomènes de lésion corticale localisée sont liés à l'évolution d'un abcès limité par des fausses membranes et non point à une méningo-encéphalite diffuse.

Ces abcès superficiels et précoces peuvent occuper différents sièges ; ils sont: 1° *sus-duraux*, quand ils sont placés entre l'os et la dure-mère (abcès de Pott) ; 2° *sous-duraux*, quand ils s'étalent entre la dure-mère et le manteau cérébral ; 3° *cérébraux*, quand ils se développent dans la masse encéphalique ; ils ne pénètrent pas, au reste, la profondeur de celle-ci, se limitent aux circonvolutions et, pour cette raison, sont appelés *corticaux*.

Les *abcès tardifs* sont profonds et leur pathogénie soulève bien des discussions. Que ces abcès soient, d'ordinaire, la conséquence d'une fracture compliquée ayant déchiré la dure-mère — fracture de la voûte avec plaie, ou fracture de la base communiquant avec les fosses nasales, le rocher, etc. — cela n'est pas douteux ; la voie suivie par l'infection est alors facile à déterminer : celle-ci se produit par une sorte de lymphangite directe. Quelquefois, même, les choses sont plus simples encore et la présence dans le cerveau d'un corps étranger entouré de pus est suffisamment significative. Mais l'obscurité est grande lorsqu'un abcès évolue à la suite d'une fracture qui n'a pas déchiré la dure-mère et lorsque rien d'apparent ne conduit de la lésion périphérique à ce foyer central ; peut-être, dans certains cas, s'agit-il simplement de l'infection, par la voie sanguine, d'une zone préalablement contuse, ou, tout simplement, la plupart du temps, d'une ouverture secondaire de la dure-mère par suppuration et sphacèle.

Il est inutile, au reste, de développer davantage ce côté théorique de la question ; il eût été même oiseux

de le signaler, s'il n'avait dû nous condnire à une conclusion pratique. Nous devons, en effet, retenir cette sorte d'indépendance entre certains abcès cérébraux et la blessure dont ils dérivent. De là cette conséquence, qu'en dehors des cas où un symptôme spécial permet de diagnostiquer le siège de l'abcès en un point déterminé de l'écorce, il est impossible au chirurgien de se diriger à coup sûr et qu'il doit alors se borner à trépaner au niveau de la cicatrice cutanée ou de l'enfoncement osseux, pour explorer ensuite, nn peu au hasard, les profondeurs de l'hémisphère à l'aide de l'aiguille indicatrice.

C. *Abcès de voisinage.* — Des collections purulentes se développent quelquefois au sein de la masse cérébrale, presque toujours dans la zone corticale, au cours de maladies qui frappent les os du crâne ou les sinus voisins de la face. Il y a des abcès consécutifs aux ostéomyélites aiguës, à la tuberculose et à la syphilis cranieunes, aux sinusites. Parmi ces abcès cérébraux, il n'en est pas de plus remarquables que ceux qui ont leur origine dans la « carie » du rocher, et dont l'histoire, sensiblement analogue à celle des abcès consécutifs aux suppurations aiguës de la caisse et de la mastoïde, sera faite, avec tout le soin que comporte une question de cette importance, dans une autre partie de ce traité.

Mais ces abcès temporaux ou cérébelleux, complication fréquente et grave des lésions du rocher, ne sont pas les seuls. Entre autres, il faut signaler, par exemple, ceux qui, à la suite d'une ostéite de l'ethmoïde et du frontal, se développent dans les lobes frontaux. Bergmann rapporte encore deux observations personnelles où un abcès du cervelet et du lobe occipital fut la conséquence d'une tuberculose de l'os occipital.

Partout où apparaît une lésion de l'os, là peut siéger une collection cérébrale. Tous ou, pour le moins, presque tous ces abcès ostéopathiques sont marqués par les deux caractères suivants : 1° l'abcès siège dans le cerveau tout près du point où l'os est malade, 2° il se développe presque toujours dans la zone corticale.

III

Aperçu clinique.

Les symptômes de l'abcès cérébral, ainsi que les auteurs ont accoutnmé de le dire, sont de trois ordres: 1° symptômes de suppuration; 2° symptômes d'excès de pression intra-cranienne; 3° symptômes de localisation cérébrale.

Les phénomènes généraux de la suppuration acquièrent de la valeur dans certaines conditions déterminées. Un sujet, quelques semaines après une fracture du crâne, souffre de malaises, de frissonnements vespéraux, d'anorexie, d'une légère hyperthermie. Cela dure pendant quelques jours, puis cesse pour reparaître au bout d'un temps variable : c'est déjà une présomption en faveur de l'existence d'un abcès cérébral. Au rebours, tout cela ne prouve pas grand chose quand la lésion primordiale est une suppuration de l'oreille; la rétention du pus dans les cellules mastoïdiennes, par exemple, peut en prodnire autant.

Tous ces symptômes seront surtout pris en sérieuse considération lorsqu'ils seront associés à ceux qui résultent de l'augmentation de pression intra-cranienne. Ici, il faut enregistrer, avant toute manifestation, la céphalalgie fixe, prolongée mais rémittente, parfois exagérée par la pression sur le crâne au niveau de l'abcès. Plus rarement que dans les tumeurs, surviennent le ralentissement du pouls, la somnolence, le coma, la stase papillaire surtout. Le fait principal est que les accidents ne sont pas simplement aggravés par tout ce qui congestionne le cerveau, mais encore qu'ils subissent des variations superposables à celles de la fièvre et du malaise, et, en particulier, qu'ils sont souvent plus accentués le soir que le matin. En dehors des renseignements étiologiques qui peuvent moutrer, dans des lésions anciennes ou actuelles, la raison plausible d'un abcès, ces variations parallèles à celles de l'état général constituent un caractère différentiel des plus importants entre les abcès et les tumeurs de l'encéphale.

Quant aux symptômes du troisième ordre, ceux qui surviennent lorsque les centres psycho-moteurs connus sont atteints, ils sont d'une importance extrême. Mais je ne puis que les signaler. Ces phénomènes sont : 1° l'aphasie dans ses divers modes ; 2° les accès convulsifs qui rentrent dans l'histoire de l'épilepsie jacksonienne ; 3° les troubles paralytiques. La paralysie et l'aphasie s'observent lorsque le foyer purulent détruit un centre cortical ou les voies de transmission de ce centre aux régions profondes. Elles sont moins changeantes que les convulsions, qui se manifestent par à-coups et sont surtout liées à l'irritation inflammatoire des parties voisines de l'abcès. Or, cette irritation est variable suivant les moments ; elle sur-

vient par sortes de crises, tout comme les accidents fébriles et les troubles dus à l'excès de pression intracranienne.

Mais le chirurgien est bien moins armé quand il n'existe, pour le guider dans son intervention, que des troubles fonctionnels de la sensibilité spéciale. On a bien dit que, dans le lobe temporal, siégeait le centre de l'ouïe et que l'on pouvait, d'une surdité venant compliquer une lésion pétreuse du côté opposé, conclure à l'existence d'un abcès cérébro-temporal; mais rien n'est encore, à cet égard, parfaitement démontré. Il faut faire une réserve, cependant, pour les troubles de la vision liés à une lésion du lobe occipital opposé: Janeway et Bryant ont vu un abcès du lobe occipital déterminer de l'hémiopie; l'hémianopsie, dans un fait de Wernicke, a conduit avec bonheur le trépan de Hahn. Pour le lobe temporal, Schede a constaté une fois de la cécité verbale. Mais, malgré l'enseignement qui nous doit venir de ces quelques faits, l'on peut dire que les cas où il faut tenir pour nulles ces indications fournies par des troubles de la sensibilité spéciale sont fréquents, surtout pour ce qui concerne les abcès associés aux lésions auriculaires.

IV

Traitement.

« Donner issue au pus dès qu'il est soupçonné ou reconnu, telle est la règle formelle », dit G. Marchant, et on ne saurait trouver une meilleure formule. Contre elle ne sauraient prévaloir ni les objections de Rose qui allègue contre l'intervention le développement, autour de l'abcès, d'une zone de méningo-encéphalite sur laquelle l'acte chirurgical reste impuissant (ce fait n'est pas constant, à beaucoup près), ni l'existence possible de collections multiples (elles sont rares), ni enfin l'embarras que peut causer au chirurgien la présence d'un abcès profond ou d'un abcès développé dans la zone latente (les conditions sont moins bonnes, voilà tout).

Cela dit, il reste deux questions à résoudre: 1° où doit porter l'acte chirurgical? 2° en quoi doit-il consister?

1° *Où doit porter l'acte chirurgical?* — Cela dépend, ainsi qu'on le conçoit. A cet égard, les abcès intra-cérébraux peuvent se diviser en plusieurs catégories.

Dans la première, le chirurgien est guidé d'abord par des lésions osseuses extérieures et, ensuite, par des manifestations de lésion en foyer, les unes et les autres concordant à désigner la zone malade.

Dans la seconde, il existe encore des altérations apparentes de l'os et des signes de localisation cérébrale; mais il n'y a pas corrélation entre les indications fournies de part et d'autre.

Dans la troisième, il n'y a aucun point de repère extérieur, mais il y a des troubles cérébraux régionaux.

Dans la quatrième, les données du problème sont interverties, c'est-à-dire qu'on n'observe pas de modifications psychiques, motrices ou sensitives spécifiques, mais qu'en retour on peut constater quelque lésion superficielle des os ou des téguments.

Dans la cinquième, enfin, aucune donnée clinique n'éclaire le chirurgien; celui-ci va à l'aventure, pénétré seulement de cette idée qu'il existe en quelque point un abcès cérébral.

Pour les abcès de la première classe, le siège de la trépanation est tout indiqué: l'hésitation n'est pas permise et l'erreur est impossible.

Pour ceux de la seconde, la conduite est un peu plus délicate. C'est le cas de se rappeler, ainsi que je le disais plus haut, qu'il n'est pas rare d'observer une sorte d'indépendance entre certains abcès cérébraux et la blessure dont ils dérivent. Il faut alors que le signe physique cède le pas au trouble fonctionnel; il faut que le chirurgien néglige la fistule, l'esquille, l'os dénudé, la cicatrice cutanée, et opère là où lui disent d'opérer ses connaissances d'anatomie topographique appliquées, dans l'espèce, aux troubles physiologiques constatés.

En ce qui concerne les abcès de la troisième et de la quatrième catégorie, je n'ai rien à dire. Privé de toute indication locale, dépourvu de tout repère extérieur, le chirurgien obéit, cela est évident, aux données qui lui sont fournies par les troubles fonctionnels. Et quand, au contraire, il n'existe aucun signe de localisation cérébrale, c'est seulement par les lésions apparentes de l'os ou des téguments que l'opérateur laisse conduire sa main.

Il y a, enfin, des abcès cérébraux, ceux de la cinquième classe, qui, dans des conditions données, se traduisent par des symptômes assez nets pour que l'observateur soit en droit de craindre, sinon d'affirmer leur existence (fièvre, céphalalgie, etc.), mais dont rien ne permet de prévoir le siège: je veux parler des collections qui accompagnent les ostéites du rocher et de la mastoïde. Eh bien! ici, il faut

mettre en œuvre les notions depuis longtemps acquises et tirer profit de l'expérience. Or, celle-ci nous apprend qu'à peu d'exceptions près, le siège de ces abcès est dans le lobe temporal ou dans le cervelet, dans le lobe temporal surtout. Le fait a été mis en évidence par des mémoires anciens déjà; parmi lesquels je dois citer celle du Pr Brouardel. Dans une statistique récente, Barr réunissait 75 observations comprenant 55 abcès temporaux, 13 cérébelleux, 4 temporo-cérébelleux, 2 protubérantiels, 1 pédonculaire cérébral; fait considérable, tous ces abcès étaient du même côté que la lésion auriculaire. On peut être plus explicite encore et dire que la carie (on m'entend) de la face supérieure du rocher cause, la plupart du temps, un abcès temporal, et que, par contre, celle des cellules mastoïdiennes est particulièrement liée à l'abcès cérébelleux ou temporal postérieur. Chez l'enfant, enfin, par suite de l'évolution bien connue de l'apophyse mastoïde; l'abcès temporal existe à peu près à l'exclusion de tout autre, tandis que, chez l'adulte, augmente notablement la fréquence de l'abcès cérébelleux.

Mais je ne veux pas insister davantage : j'ai déjà dit que l'histoire des collections péri-pétreuses et périmastoïdiennes serait faite dans une autre partie de cet ouvrage.

2° *En quoi doit consister l'acte chirurgical?* — Voici donc le crâne ouvert. Que faire? Examiner, avant tout, la surface extérieure de la dure-mère.

Rencontre-t-on alors une collection sus-durale? Il faut l'évacuer, laver la poche et la drainer, et la drainer sans économie, ainsi qu'il convient pour tous les abcès.

Quand l'exploration ne décèle aucune lésion entre le crâne et la dure-mère, c'est que l'abcès est intracérébral, caché par les méninges : il faut, en ce cas, chercher plus profondément. On n'a pas alors seulement, pour se diriger, les données fournies par les symptômes de lésions en foyer; souvent encore, là où existe la collection sous-pie-mérienne, la duremère est soulevée en une sorte de « proéminence locale » dans l'aire de laquelle les battements du cerveau sont supprimés. C'est là ce qu'on appelle le signe Roser-Braün; sans doute il n'est ni absolu ni infaillible, ce signe, et on le prit quelquefois en défaut; mais il constitue, au total, un document important qu'il faut prendre en considération.

Là, donc, où l'on soupçonne que gît le pus dans la substance corticale, l'on incise la dure-mère en croix et l'on se met en demeure d'explorer la surface du manteau cérébral. L'examen reste-t-il infructueux, c'est que la collection est plus profonde, en pleine masse cérébrale : c'est là qu'il faut aller la dépister.

A cet effet, dans toute l'étendue de la zone accessible, on enfonce perpendiculairement, à deux ou trois centimètres de profondeur, une aiguille ou un trocart explorateur de petit calibre. Mais le pus des abcès encéphaliques, qui est d'ordinaire très concret, ne s'engage quelquefois pas dans la lumière de l'instrument, et la ponction, quoique faite en plein foyer, reste blanche : c'est pour parer à cet inconvénient que Chipault, non sans raison, conseille d'user du ténotome.

Quand l'abcès est découvert, il faut l'inciser largement; alors le pus s'écoule. On irrigue la cavité purulente avec une solution antiseptique quelconque, de causticité légère (eau boriquée, eau chloralée, eau phéniquée très faible) et on introduit dans cette cavité un gros drain qu'il ne faudra enlever que plus tard, quand tout risque de suppuration nouvelle aura disparu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 octobre.

Traitement de l'occlusion intestinale.

M. Quénu. — Contrairement à l'opinion émise par M. Broca au mois de juin dernier devant la Société, je crois que l'anus iliaque est indiqué dans certains cas d'occlusion par paralysie intestinale, en particulier, lorsque les lavements électriques n'ont amené aucun résultat.

C'est ainsi que j'ai observé un cas d'occlusion datant de plusieurs jours et concernant un homme de 75 ans, chez lequel il n'y avait aucune raison de soupçonner l'existence d'un néoplasme. Pensant qu'il s'agissait d'une paralysie de l'intestin, avec accumulation de gaz ayant déterminé une coudure, je me bornai à pratiquer sur le cæcum une boutonnière pour permettre aux gaz de s'échapper. Le soir même, le malade rendait des matières et des gaz par l'anus.

Je pense que dans les cas de ce genre, il convient de faire ainsi non pas un véritable anus, mais une simple boutonnière cæcale.

M. Kirmisson. — Je ne considère pas la laparotomie comme la méthode générale de traitement de l'occlusion intestinale, attendu que, dans de nombreuses circonstances, l'anus iliaque me paraît constituer l'opération de choix.

J'ai eu l'occasion d'intervenir, il y a quelques mois, chez une jeune fille de 17 à 18 ans, entrée dans mon service pour des accidents d'occlusion intestinale dus à l'existence d'un volumineux sarcome de l'os iliaque. Le ventre était tellement distendu que, si l'on avait fait la laparotomie, on aurait eu des difficultés considérables pour rentrer l'intestin. Je me suis contenté d'établir un anus iliaque, et la malade a quitté mon service dans un parfait état.

Je suis convaincu que nous possédons des éléments de diagnostic suffisants pour distinguer les cas très nombreux où la laparotomie est indiquée d'avec ceux qui resteront toujours justiciables de l'anus artificiel.

M. Reclus. — J'ai opéré, il y a une dizaine d'années, dans un état absolument désespéré, un vieillard de 77 ans, atteint d'occlusion intestinale avec tympanisme exagéré. La création d'un anus artificiel fut suivie, dès le soir même, du rétablissement du cours normal des gaz et des matières, et aujourd'hui mon opéré est encore vivant.

M. Berger. — Le diagnostic de la cause de l'occlusion intestinale est extrêmement difficile et la laparotomie elle-même ne permet pas toujours de le poser.

J'ai vu l'année dernière avec M. Nélaton un malade atteint d'accidents répétés d'occlusion. L'ouverture du ventre nous permit de constater une énorme distension du cæcum, du côlon ascendant et du côlon transverse. Pour atteindre l'obstacle, qui siégeait manifestement à l'union du côlon transverse et du côlon descendant, il aurait fallu prolonger considérablement notre incision ; nous avons donc pratiqué seulement une boutonnière sur le cæcum. Les accidents ont cessé et depuis lors, ils ne se sont plus reproduits. Il s'agissait probablement d'une coudure due aux adhérences de l'angle du côlon.

M. Segond. — Dans l'occlusion intestinale, que l'on ait établi ou non le diagnostic de la cause, il faut empêcher le malade de mourir en réduisant au strict minimum les dangers de l'intervention. Or, c'est l'anus artificiel qui réalise ce minimum.

Je me souviens d'une jeune femme, atteinte d'occlusion intestinale symptomatique d'un cancer du côlon transverse. Elle était, lorsqu'on me l'amena, dans un état tellement grave qu'elle serait certainement morte rapidement si j'avais de suite procédé à la résection de l'intestin malade. Je fis un anus artificiel, et un mois plus tard, je réséquai le côlon transverse. Quinze jours après, je pus fermer l'anus, et ma malade vécut un an.

En ce qui concerne l'occlusion post-opératoire, j'ai eu l'occasion d'en observer quelques faits, notamment à la suite de l'hystérectomie vaginale, et, tout en reconnaissant que la laparotomie peut permettre quelquefois de lever un obstacle, je dois dire que j'ai vu cette intervention suivie de mort toutes les fois qu'elle avait lieu dans ces conditions.

La création d'un anus, dans cette variété d'occlusion, donne au contraire le maximum de chances de guérisons, et je puis vous citer à ce propos deux observations dans lesquelles cette opération a sauvé des malades qui allaient mourir.

Dans le premier fait, il s'agit d'une jeune femme qui, quelques jours après une hystérectomie vaginale, fut prise d'accidents graves d'occlusion intestinale. M. Michaux fut appelé d'urgence auprès d'elle et, sur ma prière, il ne fit pas la laparotomie, mais se borna à établir un anus cæcal. Ma malade guérit et l'anus artificiel se ferma spontanément.

Je suis intervenu de la même façon, il y a trois ou quatre mois, chez une hystérectomisée atteinte également d'occlusion, et j'ai obtenu un succès analogue.

En résumé, on peut dire que l'établissement d'un anus artificiel empêche les malades de mourir, suffit souvent à amener la guérison définitive ou permet de les guérir ultérieurement lorsqu'il y a, par exemple, une tumeur à enlever, et, enfin, ne les tue jamais ou presque jamais.

M. Nélaton. — Il me semble que, dans la majorité des cas, il est impossible de faire le diagnostic de la cause de l'occlusion, et, à ce point de vue, je ne partage pas du tout l'opinion que M. Kirmisson vient d'émettre, car je crois qu'il n'y a pas d'éléments permettant ce diagnostic.

Dans ces conditions, je considère la laparotomie comme une intervention néfaste. Je l'ai faite une fois et mon opéré est mort, tandis que l'anus artificiel m'a donné en général d'excellents résultats.

Je pourrais notamment vous présenter un malade chez lequel, après avoir créé un anus artificiel et reconnu l'existence d'une tumeur du cæcum, j'ai réséqué ultérieurement avec succès cette partie de l'intestin.

Quand il s'agit d'une occlusion due à un cancer intestinal, si l'on a pratiqué la laparotomie, on se contente, après avoir reconnu la cause des accidents, d'établir un anus artificiel et on le fait alors dans de mauvaises conditions.

On aurait pu, dans l'ignorance de la cause de l'occlusion, se borner d'emblée à la création de l'anus, et, dans le cas où il n'y aurait pas eu de tumeur, on aurait couru les chances d'une guérison spontanée, ainsi que j'en ai observé des exemples.

Lorsque l'occlusion est due à une bride, il est certain que la laparotomie serait indiquée si le diagnostic en était posé, mais malheureusement ce diagnostic est loin d'être toujours réalisable.

M. Kirmisson. — Il faut absolument s'attacher à serrer d'aussi près que possible le diagnostic de la cause de l'occlusion.

Dans un cas où les accidents d'occlusion avaient éclaté brusquement, chez une femme d'une trentaine d'années, j'appris que, six mois auparavant, elle avait accouché et que son accouchement avait été suivi d'accidents périto-

nitiques. Je fis le diagnostic d'occlusion par bride, j'ouvris le ventre et je levai la bride, qui existait en effet. La malade guérit parfaitement.

Le diagnostic de l'invagination intestinale me paraît entouré de difficultés moins grandes encore, et il existe alors des signes formels qui dicteront l'indication de la laparotomie.

M. Michaux. — On doit avant tout, en ce qui concerne le traitement de l'occlusion intestinale, distinguer les différents cas que l'on peut rencontrer et qni sont loin de se ressembler.

Il y a tout d'abord, l'occlusion chronique, qui affecte une allure tout à fait particulière et qui est justiciable de l'anus artificiel.

Mais dans les cas à marche aiguë, chez des sujets jeunes, il est évident que cette opération ne constitue pas la méthode de choix. La laparotomie, en effet, convient seule au traitement de l'occlusion causée par un volvulus ou par une tumeur de l'intestin, un de ces adénomes, par exemple, qui sont susceptibles d'entraîner une invagination, comme dans certains faits que j'ai eu l'occasion d'observer.

Lorsqu'il existe un tympanisme énorme, il est avantageux, en pratiquant la laparotomie, de commencer par ponctionner l'intestin pour évacuer la plus grande partie des matières et des gaz. J'ai agi ainsi trois ou quatre fois et m'en suis bien trouvé.

C'est seulement quand la laparotomie n'a donné aucun résultat que la création d'un anus devient l'opération complémentaire destinée à terminer l'intervention.

M. Bazy. — Dans le service de M. Peyrot, je me suis trouvé en présence d'un cas d'occlusion du gros intestin, et en en recherchant la cause au moyen de la laparotomie médiane, j'ai rencontré une bride que j'ai sectionnée entre deux pinces. Cette intervention a été suivie de guérison.

Dans un fait que j'ai observé avec M. Rochard, chez une femme de 22 ans, j'ai pratiqué également la laparotomie médiane, ne sachant pas exactement où siégeait l'obstacle. Je tombai sur une lésion du gros intestin que je crus être une invagination ; je me contentai d'établir un anus médian. Le cours normal des matières s'étant rétabli, je supposais ma malade guérie, lorsqu'elle revint cinq mois plus tard avec de nouveaux accidents d'occlusion : il s'agissait cette fois, au lieu d'une invagination, d'un cancer de l'S iliaque.

M. Routier. — Pour ce qui est du diagnostic de la cause de l'occlusion, je sais bien qu'on trouve dans les traités des signes permettant ce diagnostic, mais je dois dire que je ne les ai jamais constatés chez les malades que j'ai examinés.

Or, lorsqu'on ne sait pas où siège l'obstacle, il vaut mieux faire une laparotomie qu'un anus artificiel, chaque fois que l'on a affaire à un sujet suffisamment robuste et que l'on est appelé auprès de lui assez tôt.

D'ailleurs, l'anus contre nature n'est pas aussi bénin que d'aucuns le prétendent puisque, dans une statistique de 1889. Curtis indique, pour cette opération, une mortalité de 48.7 0/0.

M. Hartmann. — En ce qui me concerne, je n'ai établi d'anus artificiel chez des sujets atteints d'obstruction intestinale que pour faire quelque chose, quand la partie me paraissait perdue.

La laparotomie est la méthode de choix dans le traitement de l'occlusion, et cette opération n'est d'ailleurs grave qu'en raison de la durée des accidents.

M. Chaput. — Je crois, au contraire, que la laparotomie, appliquée au traitement de l'occlusion intestinale, présente de graves inconvénients. L'intestin, en effet, est souvent distendu dans des proportions énormes, et les manœuvres qu'il faut faire pour dévider et rentrer l'intestin rendent l'opération particulièrement dangereuse.

Même dans les cas d'occlusion par bride, la création d'un anus artificiel peut donner d'excellents résultats, car ce qui produit surtout l'occlusion, c'est la distension de l'intestin, et, lorsqu'on a supprimé celle-ci par l'établissement d'un anus, le cours normal des matières peut se rétablir.

Ce n'est que dans les cas d'occlusion aiguë, sans ballonnement, que je ferais la laparotomie : mais je n'en ai pas encore observé.

M. Quénu. — Le désaccord apparent qui semble dominer la discussion actuelle repose sur la question de la durée des accidents d'occlusion.

Il est certain que, quand l'occlusion date de dix ou quinze jours, la laparotomie est extrêmement dangereuse ; mais, si l'on établit un anus, les patients succombent tout de même. Ce qui tue ces malades, ce n'est ni la laparotomie, ni l'anus artificiel, c'est l'infection péritonéale résultant de l'occlusion. Il faut reconnaître cependant que l'anus artificiel est la seule intervention qui donne encore quelques chances de salut, et, si l'on ne se décide pas à s'abstenir, c'est à cette opération qu'il convient d'avoir recours.

En revanche, pour l'occlusion aiguë, toutes les fois que le malade semble pouvoir supporter la laparotomie, celle ci reste la méthode de choix.

(*Semaine médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 octobre.

Causes de la cirrhose des buveurs.

M. Vallin lit un long travail dans lequel il critique les opinions de M. Lancereaux sur l'origine des diverses lésions alcooliques variant suivant le mode d'intoxication (vin ou alcool).

Les statistiques normandes ne peuvent donner grands

renseignements. En effet, dans ce pays, les habitants boivent presque autant de vin que d'alcool.

L'expérimentation n'a pas donné non plus de grands résultats à ce point de vue.

M. Lancereaux, comme on le sait, cherche à expliquer la production de la cirrhose des buveurs par l'existence de sels de potasse, surtout de bisulfate dans le vin.

M. Lancereaux ayant expérimentalement introduit dans l'alimentation de lapins ce sel pendant six à dix-huit mois put obtenir chez eux une cirrhose biveineuse.

Or on peut objecter que, généralement, on attribue la cirrhose athrophique au gin et au brandy en Angleterre; à la bière en Allemagne; à l'eau-de-vie en Russie et jamais on n'a pensé à incriminer les sels de potasse.

D'antre part, les doses administrées aux animaux (2 à 7 grammes pour les lapins) mis en expérience par M. Lancereaux correspondent pour un homme à soixante et jusqu'à 300 grammes par jour. Or, dans le vin, M. Lancereaux prétend qu'il existe quatre à six grammes de sulfate de potasse par litre provenant du plâtrage du vin. Or, on sait que la dose maxima, tolérée à Paris dans le vin est de deux grammes par litre. Il est rare que le laboratoire municipal trouve dans les vins qu'il examine une dose de beaucoup supérieure à celle-ci.

Il ne paraît donc pas rigoureusement établi par le travail de M. Lancereaux que la cause de la cirrhose des buveurs réside dans le sulfate de potasse. On ne pourrait réellement pas se baser sur ce mémoire pour édicter des mesures législatives interdisant absolument l'emploi du sulfatage du vin.

M. Lancereaux. — Je ferai remarquer que M. Vallin a critiqué mon travail sans apporter de faits contradictoires. Je me suis laissé guider par l'observation et mes conclusions sont basées sur l'analyse de nombreux faits cliniques corroborée par l'expérimentation.

Pendant bien longtemps j'ai cru que la cirrhose du buveur était le fait de l'alcool. Puis je me suis aperçu que les buveurs de vin seuls avaient de la cirrhose atrophique. Au contraire ceux qui ne boivent que de l'alcool n'ont même pas le foie gros ou, s'il l'est, il reste gras et ne devient jamais cirrhotique.

Nombre de sujets qui pendant dix ans boivent trois litres de vin par jour ont le foie gros. Ils peuvent devenir cirrhotiques. Mais eux seuls le deviennent au bout de dix à douze ans. En Normandie où on boit surtout de l'alcool les cirrhotiques sont rares.

Je suis donc arrivé à cette conclusion que c'était le vin qui donnait la cyrrhose. J'ai alors cherché ce qui dans le vin pouvait déterminer en dehors de l'alcool cette cirrhose.

J'ai donc donné à des animaux (lapins et chiens) des sels de potasse (sulfate et bisulfate) et, comme vous le voyez sur ces coupes, au bout de cinq mois leur foie présentait des signes non équivoques de cirrhose biveineuse.

D'où la conclusion que c'était très vraisemblablement les sels de potasse qui produisaient la cirrhose des buveurs.

Et en effet, tandis qu'à Paris où le plâtrage du vin est ordinaire, la cirrhose des buveurs est fréquente. Elle est au contraire fort rare dans les pays tels que la Bourgogne où ce procédé est peu employé.

M. Vallin. — Il me semble qu'il est bien difficile à M. Lancereaux de faire une démonstration complète. Il ne faut pas oublier qu'un litre de vin renferme en moyenne cent grammes d'alcool absolu, soit donc deux cents grammes environ d'eau-de-vie. Si donc un individu boit trois à quatre litres de vin par jour, c'est six cent à huit cents grammes d'alcool qu'il absorbe quotidiennement. Ce peut donc être fort bien cet alcool qui est le producteur de la cirrhose.

M. Lancereaux. — Je répondrai simplement que chez les sujets ne buvant que de l'alcool je n'ai jamais observé que de l'augmentation de volume du foie, quelquefois un foie gras et jamais la cirrhose des buveurs. Au contraire, chez une trentaine de sujets au moins, qui ne buvaient que du vin et en grande quantité, j'ai trouvé une cirrhose atrophique typique. D'où ma conclusion qui s'imposait, d'autant plus qu'elle était corroborée par l'expérimentation. Si vous m'apportez d'autres faits contradictoires et en nombre je m'inclinerai, mais jusque-là je ne peux accepter des objections purement théoriques.

M. Laborde. — Je poserai à M. Lancereaux cette question? A-t-il pu observer nettement un individu ne buvant que du vin et pas d'autre alcool? A-t-il comparativement chez les animaux étudié l'influence de l'alcool?

Actuellement, chez les marchands de vin de Paris, on ne sert plus jamais l'ancien *canon* de vin, c'est l'alcool qui est presque exclusivement consommé. Il me paraît donc bien difficile de pouvoir observer des sujets ne buvant que du vin.

D'ailleurs, dans la prochaine séance, j'apporterai des observations et des expériences démonstratives.

Extraction d'un projectile de la troisième vertèbre cervicale.

M. Doyen présente à l'Académie un cas de chirurgie vertébrale.

Il s'agit d'une balle de six millimètres, qu'il a extraite du corps de la troisième vertébrale cervicale.

Cette balle avait été tirée à bout portant dans la bouche pendant que la victime, brutalisée par l'agresseur, cherchait à faire fonctionner la sonnette d'alarme.

Le crime, commis en chemin de fer, sur la ligne de Nancy, remonte au 5 septembre dernier.

La blessée, remise de ses premières émotions, avait peu souffert et ne se présenta à la clinique de M. Doyen que quinze jours plus tard.

M. Roussel, son assistant, constata un orifice au niveau

de la paroi postérieure du pharynx. Le projectile avait tracé un léger sillon à la surface de la langue.

Il apparaissait, à l'écran fluorescent, un peu en arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire et semblait assez superficiel.

L'extraction, pratiquée sous le cloroforme le 22 septembre, fut impossible par les voies naturelles.

La balle, dont M. Doyen ignorait les dimensions exactes, était en effet beaucoup plus profondément encastrée dans la vertèbre que ne le faisait supposer l'examen aux rayons X.

Une manœuvre violente eût exposé à rompre la paroi du canal rachidien.

M. Doyen fit une incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, au niveau de l'angle droit du maxillaire inférieur, atteignit, entre la carotide interne et le pharynx, les muscles prévertébraux, qu'il perfora au point voulu en se guidant sur un doigt introduit dans la bouche jusqu'au centre du foyer traumatique et chargea la balle sur une petite curette.

Cette délicate opération dura huit minutes.

La malade est actuellement guérie.

Cette observation est intéressante :

1° Parce que c'est un cas assez exceptionnel de chirurgie de la colonne vertébrale cervicale;

2° Parce qu'il démontre la pénétration incroyable des projectiles de petit calibre.

La balle ne pèse que 1 gr. 02. L'arme, presque un jouet d'enfant, ne pouvait lui donner qu'une vitesse de quatre vingt à cent mètres.

Quelques milligrammes de fulminate de mercure de plus (c'était une cartouche Flobert ordinaire) et la victime tombait foudroyée par suite d'une plaie pénétrante du canal rachidien, exactement au-dessus du « nœud vital ».

Diagnostic des lésions de l'œsophage par la radiographie.

La radiographie a servi également à **M. Doyen** à déterminer le siège et la forme d'une dilatation œsophagienne que M. Radiguet a parfaitement reproduite par la photographie.

L'artifice consiste à explorer l'œsophage avec une sonde à olives métalliques, puis avec deux ou trois sondes de gomme remplies de mercure, que l'on photographie en place, après en avoir étudié le siège à l'écran fluorescent.

L'emploi du mercure permet, en terminant la sonde par une mince poche de caoutchouc, de reconnaître la forme et le siège des rétrécissements de l'œsophage.

REVUE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Du traitement des affections des voies urinaires supérieures par les médicaments.

M. Mendelsohn (de Berlin). — La chirurgie a fait beaucoup progresser la thérapeutique des affections des voies urinaires supérieures; on est arrivé même à faire le cathétérisme de l'uretère par les voies naturelles. Mais la médecine n'est pas dépourvue de moyens d'actions sur ces affections qu'elle peut combattre avec les eaux minérales et les médicaments.

Comme il s'agit en pareil cas d'un traitement local, il faut utiliser des médicaments qui sont éliminés par les reins sans avoir été modifiés ou après avoir été modifiés d'une façon voulue; c'est ainsi qu'ils pourront agir sur les voies urinaires que l'urine leur fera traverser. Quant aux eaux minérales, leur efficacité tient à leur emploi prolongé, régulier; c'est surtout une action mécanique due aux quantités de liquides absorbées qui déterminent un balayage très important des voies urinaires.

On pourrait penser que parmi les médicaments à action locale on pourrait utiliser les astringents, d'autant plus que le catarrhe des voies urinaires est l'une des affections que l'on a le plus souvent à combattre. Mais les astringents arrivent dans l'uretère trop dilués pour être efficaces et leurs inconvénients ou les dangers d'intoxication ne permettent pas d'en prolonger l'emploi.

Les balsamiques, et, en particulier, l'essence de santal, sont les médicaments les plus actifs dans le cas de catarrhe des voies urinaires; leur action prompte et quelquefois presque spécifique ne doit pas être attribuée à un effet direct sur les bactéries, mais plutôt à un effet exercé sur les cellules, les tissus, qui sont rendus capables de résister aux agressions pathologiques. Les baumes de copahu et de Pérou viennent au second rang; la térébenthine ne peut pas être longtemps continuée.

Les voies urinaires peuvent présenter deux sortes d'infection : il peut y avoir infection vraie des voies urinaires, portant sur l'organe lui-même, comme dans les infections ascendantes, ou bien infection de l'urine qui y est contenue, comme lorsque des bactéries vivant aux dépens des produits urinaires y ont pénétré. Dans ce dernier cas, le salol, par suite de son élimination sous forme d'acides phénique et salicylique, était le premier des médicaments; aujourd'hui, dans un grand nombre de cas, il est rejeté dans l'ombre par l'urotropine de Nicolaïer. L'histoire de ce dernier médicament, quoique courte, est intéressante : il dissout l'acide urique et on l'a recommandé pour le dissondre dans l'organisme, c'est là un effet illusoire. L'urotropine donne cependant d'excel-

lents effets dans les affections des voies urinaires supérieures; au bout de quelques jours elle rend les urines claires, de réaction et de quantité normales. Aussi, bien qu'il échone parfois, on ne doit jamais manquer d'essayer ce médicament dans le catarrhe des voies urinaires supérieures.

Une autre indication du traitement médicamenteux des voies urinaires supérieures est le groupe des affections dans lesquelles il existe, non une infection, mais des troubles mécaniques s'opposant à la libre excrétion des urines : l'hydronéphrose et la calculose en sont des types. Pour l'hydronéphrose, l'augmentation de la diurèse ne peut pas grand chose. Pour la calculose, on pourrait désirer obtenir la dissolution des calculs; mais tous les dissolvants ont perdu leur efficacité quand ils arrivent dans les urines, quels qu'ils soient. Plus efficace est alors la diurèse, et il est intéressant de constater que les sels de litbine sont diurétiques et qu'ils sont par là plus actifs que par leur action dissolvante; les sels à préférer sont les sels organiques, et parmi ceux-ci le citrate. Les alcalins peuvent avec avantage diminuer l'acidité de l'urine; mais il faut contrôler la réaction de l'urine et ne pas la laisser devenir alcaline, sans quoi les phosphates terreux deviendraient insolubles et donneraient lieu à la formation d'autres concrétions.

M. Posner (de Berlin) dit qu'il n'est expérimentalement prouvé que les balsamiques à l'intérieur aient une action anti-bactérieune. Il a eu de bons effets de l'urotropine, mais les indications de ce médicament ne sont pas encore fixées; il n'agit pas sur la cystite blennorrhagique et semble avoir de l'effet sur des affections tout à fait chroniques et, en particulier, sur les infections par le colibacille. L'éclaircissement des urines est souvent très rapide, mais non durable. La tuberculose n'en retire aucun avantage, ce qui pourrait presque être un symptôme diagnostic. (*Bulletin médical.*)

COU, CRANE, FACE

Un cas de fracture de la cinquième vertèbre cervicale. Opération. Mort huit jours après.

M. W. H. Hudson. — L'orateur rapporte l'observation d'un homme de 19 ans, fort et de santé vigoureuse, qui, en piquant une tête dans un lac, peu profond, s'assomma et resta sans connaissance. Ses compagnons allèrent à son secours et le ramenèrent à la rive. Il était paralysé depuis la nuque jusqu'en bas à l'exception des coudes et des épaules qui pouvaient encore accomplir de faibles mouvements.

L'auteur le vit, pour la première fois, trois semaines après l'accident. Il avait été traité par l'électricité et les médicaments, et, une opération ayant été décidée, il avait eu à supporter cinquante milles en chemin de fer pour venir chez M. Hudson.

Hudson trouva un jeune homme bien musclé, gras couché dans son lit, la tête légèrement inclinée en arrière, les paupières à moitié closes, les pupilles contractées, insensibles à la lumière, les bras en abduction et en rotation externe, les coudes fléchis, les avant-bras en pronation et les doigts affleurant à la région deltoïdienne.

Le bras gauche était paralysé à l'exception du biceps, du brachial antérieur, du long supinateur et du deltoïde.

A droite, quelques mouvements d'extension du poignet et du coude et de pronation étaient encore possibles, quoique ceci n'intéressât en rien la position, qui était la même pour les deux bras.

Toutes les formes de sensibilité étaient absentes au-dessous de la seconde côte en avant, et de la seconde vertèbre dorsale en arrière. Au-dessus de cette ligne, il n'y avait aucune zone d'hypérestbésie, encore que le patient se plaignît dès qu'on le touchait un peu rudement en un point quelconque de la face ou du cou.

La respiration, entièrement diaphragmatique, variait entre vingt et vingt-six inspirations par minute. Pouls régulier et fort, à quatre-vingt-quinze La peau, sur toute l'étendue de la paralysie, était sèche, luisante et chaude, et n'avait pas transpiré depuis l'accident. Au-dessus de la ligne de paralysie, surtout à la face et au cou, la peau était rouge et la sécrétion sudorale constante, parfois très abondante.

Une grande eschare s'étendait du sacrum à l'extrémité du coccyx; d'autres, un peu plus larges mais moins profondes, étaient réparties de chaque côté; une autre encore, sous l'épaule droite, s'étendait de la troisième vertèbre dorsale à l'angle de l'omoplate droite. Taches rouges sur les deux malléoles externes. Au-dessous de l'ombilic, près de la ligne médiane, on remarquait quatre abcès très particuliers : ils présentaient un contour arrondi de la taille d'un dollar d'argent; la peau n'était pas rouge; au centre, une petite croûte, facilement arrachée, laissait voir un trou rond, comme fait à l'emporte pièce. Chacun de ces abcès contenait de deux à trois drachmes (6 à 9 grammes) de pus. Après drainage et antisepsie, ils guérirent promptement.

Les gardes-robes étaient obtenues par des lavements : il y eut cependant quelquefois incontinence fécale. L'abdomen était distendu, et les gaz passaient inconsciemment. Le gland n'était pas en érection, mais turgescent; sécrétion muqueuse au méat. Incontinence d'urine. Urine fortement ammoniacale. Cystite.

Tous les réflexes profonds et superficiels étaient entièrement abolis.

En faisant le cathétérisme pour laver la vessie, on ne rencontrait aucune contraction musculaire. Au toucher digital, on observait une absence totale de contraction du sphincter anal.

La température, qui avait varié au-dessus de 102° Fah. (38°8 cent.), devint plus fixe, et demeura au-dessous de

100° F (37°7 C); à deux périodes différentes la température monta à 104° F (40° C): chaque fois cette fièvre fut presque instantanément réduite par un lavement.

Hudson se décida à opérer sans grandes chances de succès, dès que l'eschare serait guérie. De cet ensemble symptomatique on pouvait conclure à une destruction transversale de la moelle épinière, accompagnée de dégénérescence. La position caractéristique des bras et les limites de l'anesthésie rendaient évident que la cinquième paire cervicale, et, du côté droit, la sixième motrice, n'avaient pas été détruites.

Opération, cinq semaines après l'accident. M. Hudson se proposait d'enlever les lames des cinquième et sixième vertèbres cervicales. Incision de six pouces de long des épines vertébrales s'étendant de la quatrième cervicale à la première dorsale; les apophyses spinales de la septième et de la sixième cervicale et les lames de la sixième cervicales furent enlevées, la dure-mère était légèrement rouge. Il n'y avait aucune hémorrhagie dans le canal spinal ni dans la dure-mère. Une sonde courbe introduite sous les lames de la cinquième cervicale ne révéla rien d'anormal; mais, quand on examina le corps de la cinquième cervicale, on le trouva projeté en arrière, oblitérant presque complètement le canal vertébral.

La dure-mère, dans cette vertèbre, était dilacérée des deux côtés aux points d'émergence des nerfs.

La moelle avait incontestablement supporté une lésion transversale complète. L'opération fut abandonnée à ce moment.

L'état du patient n'avait pas changé. Il s'affaiblit de plus en plus; le quatrième jour après l'opération commença le délire, et la mort survint le huitième jour.

A aucun moment la respiration ne prit le type de Cheyne-Stokes.

Le mécanisme de la fracture avait dû se produire ainsi: en plongeant, la tête du malade avait été évidemment fléchie en avant, la quatrième vertèbre fracturant et forçant le corps de la cinquième dans l'intérieur du canal vertébral. La dure-mère de la portion de la moelle déplacée était dilacérée de chaque côté sur un pouce et demi de long.

La moelle était dure inférieurement, mais plus molle aux environs de la lésion, et, à la partie supérieure, œdématiée. La portion écrasée était très molle, et retenue seulement par les membranes.

A l'examen microscopique, cette portion ne présentait aucune fibre nerveuse intacte.

L'auteur conclut en indiquant les chances de l'intervention chirurgicale dans les fractures vertébrales. Les lésions de la queue de cheval sont celles qui, au point de vue opératoire, offrent l'éventualité la plus favorable. Plus on approche de la région cervicale, moins peut se réaliser le bénéfice d'une opération.

Deux cas se présentent : ou bien les réflexes sont conservés et l'on peut attendre, encore que la sagesse d'une telle attente soit discutable; ou bien les réflexes sont abolis, et l'opération doit être tentée au plus tôt.

Variété de thyroïdite chronique.

M. Tailhefer rapporte une observation recueillie dans le service du professeur Jeannel, à Toulouse. Il s'agit d'un malade entré avec le diagnostic de tumeur thyroïdienne, développée surtout à gauche, déterminant une paralysie complète du nerf récurrent gauche. Cette tumeur était très adhérente aux vaisseaux, et l'essai qu'on fit pour l'en dégager fut suivi de nombreuses hémorrhagies. L'examen de la portion qu'il fut possible d'enlever montra qu'il s'agissait de tissu conjonctif tantôt vulgaire, tantôt, au contraire, présentant des signes d'inflammation.

Treize jours après l'opération, il y eut une hémorrhagie abondante par la plaie cervicale que l'on avait laissée béante, et on fut obligé de saisir le paquet vasculo-nerveux tout entier avait un clamp aseptique.

Immédiatement après, le malade eut de la suffocation et vomit; puis, le lendemain, il fut atteint subitement d'aphasie et d'hémiplégie du côté droit, puis de boquet, avec température élevée. Dix jours après l'hémorrhagie, le clamp fut enlevé, le paquet vasculo-nerveux était complètement sectionné. Deux jours après, le globe oculaire gauche suppura et se perça sur son bord externe, quelques jours plus tard, en donnant passage à une grande quantité de pus. Trois mois et demi après l'opération, l'hémiplégie avait complètement disparu ; quant à la parole, elle revint environ deux mois et demi après la ligature. En outre, deux mois après son opération, le malade contracta une pneumonie droite, dont il guérit parfaitement.

D'après l'examen histologique de la tumeur, et en s'appuyant sur les travaux de Wölfler et de Riedel, l'auteur pense qu'il est en droit de conclure qu'il s'est trouvé en présence d'une thyroïdite chronique, et, pour expliquer la production de cette thyroïdite, il émet l'hypothèse que l'infection de la thyroïde est probablement partie du larynx, car le malade était fréquemment enroué avant l'apparition de sa tumeur cervicale. Comment expliquer maintenant les suites de la thyroïdectomie et celle de la ligature du faisceau vasculo-nerveux du cou ?

Des observations de Maisonneuve, Désormeaux, Richet, Léon Le Fort, il résulte que la ligature de la carotide primitive, chez l'homme, est dangereuse à cause de la modification apportée dans la circulation encéphalique, et que, fréquemment, il s'ensuit des hémiplégies. Suivant Ehrmann et Bérard, l'hémiplégie est due à des anomalies du cercle artériel de Willis, qui ne permettent que difficilement l'établissement d'une circulation collatérale. Pour Léon Le Fort, le sang arrêté dans la

carotide se coagulerait au-dessous de la ligature, et si la coagulation se prolonge dans les cérébrales moyenne et antérieure, le caillot arrête le sang et détermine ainsi, quelques heures après l'opération, une anémie cérébrale unilatérale, qui se traduit plus ou moins brusquement par une hémiplégie.

C'est à cette théorie que l'auteur se rallie pour expliquer l'aphémie et l'émiplégie de son malade. La température, qui oscillait entre 37°,9 et 39°6, aurait exprimé la réaction de la portion du cerveau dont la nutrition avait été atteinte par la suppression de l'apport sanguin.

Le hoquet, qui survint deux jours après la ligature, fut causé par la névrite du pneumogastrique, serré par le clamp. Quand le nerf fut désorganisé, le courant nerveux rencontra une interruption, il s'en est suivi un trouble dans la statique nerveuse du poumon, et, de là, un spasme nerveux respiratoire qui a été le hoquet.

La suppuration de l'œil a en son origine dans la thrombose de l'artère ophtalmique, le thrombus plongeant par son extrémité inférieure dans un clapier purulent, qui était la plaie faite par la thyroïdectomie. La disparition de l'hémiplégie s'explique par une suppléance vasculaire qui s'est établie dans le cercle artériel de Willis. Quant au retard de la disparition de l'aphémie, on peut l'expliquer par la suppléance fonctionnelle qui a dû se réaliser et qui, nécessairement, demande plus de temps que la suppléance vasculaire. Quant à la pneumonie droite qu'eut le malade, on peut l'expliquer par la suppléance que dut exercer le poumon droit à la suite de la section du pneumogastrique gauche, ce surcroît de travail l'ayant mis dans un état de congestion permanente qui aurait été encore augmentée par un refroidissement.

Mais l'origine de toutes ces complications fut l'hémorrhagie de la carotide primitive. Celle-ci ne s'est produite que plusieurs jours après l'opération; à cause des petits traumatismes que l'on fit subir inconsciemment par des pansements répétés chaque jour, à la paroi du vaisseau qui s'était trouvée éraillée au moment de la décortication de la tumeur et qui avait donné naissance, grâce à l'impulsion du courant sanguin à ce niveau, à une petite tumeur anévrysmatique à parois minces et friables. (*Presse médicale*).

CHIRURGIE DES MEMBRES

Quelques cas de psoriasis unguéal.

M. D. Frèche. — Lorsque le psoriasis est limité exclusivement aux ongles, le médecin peut parfois éprouver de grandes difficultés à établir le diagnostic. En effet, si l'on voulait spécifier les caractères permettant de différencier le psoriasis unguéal d'avec d'autres affections similaires, on se trouverait grandement embarrassé, les signes mentionnés à cet égard par les auteurs n'étant en somme rien moins que certains.

Chez trois sujets atteints de psoriasis des ongles M. Frèche a relevé un signe qu'il croit pouvoir considérer comme pathognomonique de cette affection : il s'agit d'une zone blanche occupant le bord libre de l'ongle et due à l'hyperkératose du sillon sous-unguéal. Cette hyperkératose consiste en deux masses cornées blanches, tassées de façon à former une substance compacte, un peu plâtreuse, qui blanchit et devient légèrement nacrée sous l'influence du grattage; elle comble le sillon terminal et adhère autant à la face inférieure de l'ongle qu'au lit sur lequel celui-ci repose; enfin, elle est moins compacte, plus blanche que les hyperkératoses de l'eczéma et ne présente pas non plus les striations longitudinales de l'hyperkératose trichophytique, laquelle, en outre, est absolument localisée au lit de l'ongle.

(*Semaine médicale.*)

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de la toxicité urinaire des nourrissons, par le Dr Maricostas (Thèse de Paris 1897).

Si on tient compte des poids des enfants et des volumes d'urine, le rapport de ces divers éléments montrent que la toxicité des urines des nouveau-nés dont le régime alimentaire a été modifié, a subi une augmentation plus apparente que réelle. En effet, à volumes égaux, à l'état normal, l'urine des nourrissons sains est moins toxique que celle de l'adulte, il faut quatre-vingt à cent vingt centimètres cubes au lieu de quarante à soixante pour tuer un kilogramme d'animal. Mais si l'on tient compte également des quantités émises par rapport au poids des enfants, on voit que ces urines, plus abondantes en proportion, engendrent des accidents, avec certaines différences dans l'intensité, qui sont à peu près ceux qu'occasionne la sécrétion rénale de l'homme mûr.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Le jury est composé de MM. Chauffard, Toupet, Launois, Duguet, Faure, Blum, Demoulin, Quénu, Porak, Doléris.

Ce jury est définitif sauf en ce qui concerne M. Doléris qui n'a pas encore fait connaitre son acceptation.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr **Pierre SEBILEAU.**

SOMMAIRE — Thérapeutique chirurgicale : Fréquence de la rupture du cal dans le traitement des fractures de la rotule par le massage, par MM. Bégouin et Audérodias. — Antisepsie chirurgicale : Sur le traumatol et sur ses applications à la thérapeutique médicale et chirurgicale, par M. L.-H. Petit. — Onzième Congrès français de Chirurgie : Epithéliomes branchiogènes du cou et épithéliomes aberrants de la thyroïde. — De la botryomicose humaine. — Le toucher vésical dans certaines affections péri-utérines. — La gastro-entérostomie dans les sténoses simples du pylore. — Traitement de la contusion de l'abdomen. — La laparotomie systématique dans le traitement de la contusion abdominale. — Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. — Société de Chirurgie (séance du 13 octobre) : Traitement de l'occlusion intestinale. — Présentation de malades. — Académie de Médecine (séance du 19 octobre) : Traitement du glaucome par la résection bilatérale du sympathique cervical. — Hernie inguinale de l'appendice cæcal. — La mobilisation mécanique prolongée comme méthode générale de traitement de certaines ankyloses. — Revue de Chirurgie : *Cou, crâne, face* : Gliôme de l'hémisphère gauche du cervelet avec symptômes fonctionels cérébraux sans lésions de l'écorce — *Chirurgie génito-urinaire* : Dégénéresceuce partielle du placenta chez une éclamptique. — Contribution à l'étude de la syphilis spinale. — Nouvelles et Faits divers.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Fréquence de la rupture du cal dans le traitement des fractures de la rotule par le massage.

Par MM. Bégouin et Audérodias

Les derniers ouvrages classiques font le plus grand éloge du traitement des fractures transversales de la rotule par le massage et la mobilisation précoces, d'après la méthode de Tilauus. Forgue et Reclus (1) en sont partisaus ; Chaput (2) les recommande pour les cas où il y a peu d'écartement entre les fragments ; et la méthode hollandaise paraît à Rieffel (3) le traitement de choix.

Cependant, quand ou songe que, sur 127 cas de fractures transversales de la rotule traitées par les anciennes méthodes, avec mobilisation tardive, par conséquent, Hamilton (1) n'a pas observé moins de 26 cas de rupture du cal dans les cinq premiers mois, on ne peut s'empêcher de penser, — *a priori*, — que par le massage et la mobilisation précoces. les ruptures du cal doivent être encore plus fréquentes. Il semble, en effet, que des mouvements articulaires, exécutés deux ou trois jours après l'accident, alors que le travail de réunion des fragments commence juste à se faire, doivent entraver leur soudure, étirer le cal fibreux formé et le prédisposer aux ruptures.

Seule, l'analyse des faits pouvait moutrer si cette idée était juste.

Aussi, avons-nous entrepris de réunir toutes les observations de fractures indirectes de la rotule traitées par la méthode de Tilanus et suivies pendant plusieurs mois.

C'est le résultat de ces recherches que nous publions aujourd'hui.

***

Tilauus, en exposant sa méthode au Congrès français de Chirurgie de 1885 (2), u'avait pas rapporté d'observation de malades lougtemps suivis ; il avait seulement parlé de la technique de son procédé et de la rapidité de la guérison.

Peu de temps après cette communication, Heydenreich écrivait (3) : « Cette méthode ne semble pas avoir été suivie par beaucoup de chirurgieus, si l'on en juge par le petit nombre de documents publiés sur la matière. Mais les résultats de Tilauus ne nous paraissent pas assez brillants pour entraîner la conviction. »

En France, la plupart des chirurgiens semblent avoir partagé la même opinion, et la méthode hollan-

(1) Forgue et Reclus : *Thérapeutique chirurgicale*, tome I, p. 509.

(2) D'après le *Traité des 4 agrégés*, tome IV, p. 730.

(3) Rieffel : *Traité de Chirurgie clinique*, tome II, p. 416.

(1) Hamilton : *Traité des fractures*, traduction française par Poinsot.

(2) Congrès français de Chirurgie, 1885.

(3) Heydenreich : *Traitement des fractures de la rotule*. In *Sem. méd.*, 1886, p. 453.

daise ne paraît pas avoir été souvent appliquée; aussi, ce n'est pas sur les faits recueillis dans notre pays qu'on a pu se fonder pour préconiser ce genre de traitement. Nous n'avons en effet trouvé que six observations où l'on ait employé la méthode de Tilanus; et sur ces six, quatre seulement ont été suivies un temps suffisant pour permettre d'en apprécier les résultats éloignés. Dans ces quatre derniers cas, qui nous intéressent seuls, nous voyons que deux fois les résultats fonctionnels ont été bons, — malgré que, dans un cas, il y ait eu une atrophie de la cuisse allant jusqu'à 0.04 centimètres (1); — une autre fois, la faiblesse de l'articulation a été cause d'une fracture de l'extrémité supérieure du tibia (2); dans le quatrième cas, le malade, deux ans après l'accident, avait de l'atrophie de la cuisse et descendait assez difficilement les escaliers (3).

Dans aucune de ces observations françaises, il n'y a eu de rupture du cal.

Parmi les publications étrangères, nous relevons, dans la *Revue médicale de la Suisse Romande*, une observation de Soutter (4), dans laquelle la rupture du cal s'est produite deux mois et demi après le début du traitement.

Il s'agissait d'un homme de 60 ans, qui se fit une fracture transversale de la rotule en tombant d'une échelle (13 février). Le membre est alors mis dans une gouttière, et l'on commence le massage. Le sixième jour, on fait exécuter à la jambe des mouvements de flexion jusqu'à 90°; le neuvième jour, le malade marche avec deux béquilles, et le seizième jour, il peut même se passer de canne. A partir de ce moment, il peut reprendre ses occupations. Le quarante-huitième jour, il est présenté à la Société Vaudoise de médecine; il boite à peine et ne présente qu'une légère atrophie du triceps. Vers fin avril, c'est-à-dire deux mois et demi après l'accident, en faisant un faux pas, il se rupture le cal fibreux, et malgré de nouvelles séances de massage, la marche est très difficile et l'extension active à peu près réduite à zéro.

C'est en Allemagne, en Hollande et dans les pays Scandinaves, que le traitement de Tilanus a été surtout mis en œuvre.

(1) Ces deux observations sont dues à:
TRIPIER: In Thèse de Huot, p. 66 et 68.

(2) RAFIN: *Lyon médical*, 1888.

(3) TRIPIER: *Loc. cit.*, p. 63.

(4) *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1893.

Mais, parmi les observations publiées, un certain nombre seulement relatent les suites éloignées. Aussi n'avons-nous pu retenir que 30 cas de fractures de la rotule traitées par la méthode de Tilanus et longtemps suivies. En voici les résultats (1):

Ham...... 22 cas avec 6 ruptures du cal.
Brummer.. 5 cas avec 1 rupture du cal.
Lavisé.... 1 cas sans rupture du cal.
Crickx.... 2 cas sans rupture du cal.

Si nous ajoutons le cas de Soutter et ceux de Tripier, nous arrivons à un total de *8* ruptures du cal pour *35* cas de fractures, ce qui fait une proportion de près de 23 0/0, c'est-à-dire presque une rupture du cal sur quatre fractures traitées par le massage.

Cette fréquence de la rupture du cal, que le raisonnement faisait déjà prévoir, est donc confirmée par nos recherches, et c'est contre la méthode de Tilanus un argument qu'on n'avait pas encore invoqué en France, mais que nous trouvons signalé par Crickx (de Bruxelles).

Du reste, en ce moment, en Allemagne, Kœnig, qui, après avoir été un des premiers partisans de la suture osseuse, avait ensuite adopté la méthode de Tilanus, semble n'en avoir pas été satisfait, car, cette année, au vingt-sixième Congrès de la Société allemande de Chirurgie, il disait (2):

« Tous les cas ne sont pas justiciables du même traitement; un certain nombre peuvent guérir sans intervention, et ce sont ces derniers qui ont donné naissance à cette idée, que l'on peut guérir les fractures de la rotule au moyen du massage, ce qui, pour moi, est une erreur. »

Cette rupture du cal constitue une complication toujours très grave pour la fonction ultérieure du membre. Dans l'observation de Soutter, nous voyons qu'après la rupture, l'écartement des fragments a beaucoup augmenté, allant de 0.03 centimètres dans l'extension, à 0.09 centimètres dans la flexion; et, malgré de nouvelles séances de massage et d'électri-

(1) HAM: *De Voor*. En *Nadeelen van de Behandeling der Knieschijfbreuk met immobilisatie of massage* (Amsterdam 1893.)

BRUMMER: *Ueber die Behandlung der Kniescheibenbrüche und deren Endresultate. Inaug. Dissert. Gœttingen*, 1889.

LAVISÉ: Cité par Crickx: *Le massage et la suture osseuse dans les fractures de la rotule.*

CRICKX: *Loc. cit.*
La plupart de ces chiffres ont été donnés par Crickx dans l'étude que nous venons de citer.

(2) 26e Congrès de la Société allemande de Chirurgie. In *Sem. méd.*, 1er mai 1897, n° 20.

sation, l'extension active est à peu près retombée à zéro, le malade ne peut soulever le pied et marche très difficilement.

Crickx, qui a étudié soigneusement les observations de rupture du cal fibreux rapportées par Ham, dit que, dans tous les cas, l'état fonctionnel a fortement empiré.

Ce qui assombrit encore le pronostic, c'est la facilité avec laquelle se font de nouvelles ruptures du cal; cet accident s'est produit jusqu'à trois fois chez un des malades de Ham.

Ainsi, après le traitement par le massage, les ruptures du cal fibreux sont fréquentes et comportent presque toujours un pronostic fonctionnel grave.

***

C'est surtout à la suture osseuse, qui semblait dans ces dernières années, avoir la préférence des chirurgiens (1), qu'on a opposé la méthode de Tilanus. Au point de vue de la rapidité de la guérison, le massage peut soutenir la comparaison avec la suture osseuse. Mais, quand on considère les résultats éloignés, tout l'avantage reste à cette dernière. Avec celle-ci, la rupture du cal est en effet exceptionnelle, et, sur le très grand nombre de sutures osseuses pratiquées depuis plus de dix ans, c'est à grand peine que nous avons pu trouver sept observations où le cal se soit rompu (2). Cet accident est donc infiniment moins fréquent avec la suture osseuse qu'avec le traitement par le massage.

C'est là, en faveur de la suture de la rotule, un avantage de haute importance, qui n'avait pas jusqu'ici été mis en lumière, et cette fréquence de la rupture du cal après l'emploi de la méthode de Tilanus, est, à notre avis, le plus puissant argument qu'on puisse invoquer contre elle.

(1) Je crois, dit Lucas-Championnière, que la fracture de la rotule est la seule ou le massage n'ait pas sa raison d'être, puisqu'il ne fait absolument rien contre les accidents qui sont la cause définitive de l'impotence du membre. Ma conviction est qu'il n'y a pas d'autre traitement à pratiquer que la suture, et je n'en fais plus aucun autre.

(2) Voici le résumé de ces sept observations:

Obs. I (Peyrot): Société de Chirurgie, 9 juin 1897.
Fracture de la rotule traitée par la suture osseuse, suivie de guérison parfaite. Neuf mois plus tard, à la suite d'un accident, le cal fibreux se rompt et l'on doit recourir à une deuxième intervention.

Obs. II (Peyrot): *Loc. cit.*
Fracture de la rotule traitée par la suture osseuse, suivie de guérison. Six mois après, nouvelle fracture; la deuxième opération permet de reconnaître une rupture du cal.

Obs. III (Lucas-Championnière): Société de Chirurgie, 9 juin 1897.
Fracture de la rotule traitée par la suture osseuse sans rapprochement complet des fragments. Sept ans après, rupture du cal.

Obs. IV (Monod): *Revue de Chirurgie*, 1892, p. 180.
Malade opéré une première fois par M. Michaux. Deux ans après, nouvelle fracture; deuxième suture osseuse.

Obs. V (Mayo-Robson): *Association médicale britannique*. In *Sem. méd.*, 1887, p. 329.
Fracture itérative de la rotule après une suture osseuse.

Obs. VI (Stimson): *N. Y. Med. Journ.*, 1885, p. 553.
Fracture simple de la rotule traitée par la suture des fragments. Deux mois et demi après, nouvelle fracture.

Obs. VII (Personnelle):
Fracture simple de la rotule traitée par la suture, suivie de guérison. Trois mois après, rupture du cal dans un faux pas; deuxième suture osseuse.

ANTISEPSIE CHIRURGICALE

Sur le traumatol et sur ses applications à la thérapeutique médicale et chirurgicale.

Par le Dr L.-H. Petit.

Le traumatol ou iodocrésine est une substance obtenue par synthèse en faisant agir l'un sur l'autre l'iode et le crésylol ou crésol. C'est une poudre impalpable, très légère, d'un violet rouge, amorphe. Sa densité est de 0.67. Il est à peu près inodore.

Des expériences faites aux laboratoire de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris, par le Dr G. Lion; à l'hôpital Saint-Joseph, par les Drs Ladevie et Meslay, et à l'hôpital de Francfort par le Dr Schattenmann, ont démontré que le traumatol jouissait de propriétés antiseptiques au moins égales, sinon supérieures, à celles de l'iodoforme et du sublimé et qu'il est beaucoup moins toxique et irritant que ces substances.

Dans la thérapeutique médicale, on peut l'employer soit en cachets soit en pilules de cinq centigrammes jusqu'à des doses quotidiennes de soixante centigrammes.

En chirurgie, on peut l'employer soit en poudre, soit en solution dans la glycérine, le chloroforme, l'huile, la vaseline, l'axonge, et en faire des pommades, des emplâtres, des crayons, des ovules et en imprégner la gaze aussi facilement que cela se fait pour l'iodoforme, le salol, etc.

Plusieurs médecins de Paris, entre autres le docteur Albert Robin médecin de l'hôpital de la Pitié, ont administré le traumatol à l'intérieur à des malades atteints de tuberculose pulmonaire et en ont obtenu des résultats supérieurs à ceux de l'iodoforme et de la créosote.

D'autres affections des voies respiratoires ont également bénéficié de l'usage du traumatol.

Comme antiseptique intestinal, le traumatol s'est manifesté aussi efficace que le naphtol, avec lequel il pourrait être employé concurremment.

Mais c'est surtout dans ses applications à la chirurgie que le traumatol s'est montré un succédané puissant de l'iodoforme, au point que beaucoup de chirurgiens de Paris et de l'étranger ont remplacé ce dernier par le traumatol dans leur pratique. Je citerai entre autres MM. le Pr Paul Berger, les Drs Périer, Picqué, Rontier, Péan, Pozzi, chirurgiens des hôpitaux de Paris; Jullien, chirurgien de l'infirmerie de Saint-Lazare; Boissard, accoucheur des hôpitaux; Tison, médecin de l'hôpital Saint-Joseph; Herxheimer et Schattenmann, chirurgiens de l'hôpital de Francfort, etc.

Les opérations les plus variées ont été pratiquées avec succès, c'est-à-dire qu'elles ont été suivies de guérison rapide avec réunion par première intention après l'emploi du traumatol en poudre ou en gaze comme pansement. Telles sont les ablations des tumeurs diverses, l'ablation des annexes de l'utérus et autres opérations dans le petit bassin; l'appendicite; le bec-de-lièvre simple ou compliqué, le phimosis, l'hydrocèle; l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou et d'autres régions; diverses opérations sur la vessie, entre autres la taille hypogastrique; l'uréthrotomie externe.

Le traumatol a été également efficace dans le traitement des abcès de diverses régions, dans les complications des plaies accidentelles atteintes d'inflammation, d'érysipèle, de phlegmon, dans l'anthrax, dans les ulcères vénériens et variqueux rebelles; les sécrétions des plaies infectées diminuent et finissent par se tarir; dans le traitement des plaies et ulcères à marche chronique, lorsque les tissus sont languissants, manquent de vitalité, ont mauvais aspect, l'application du traumatol en poudre les transforme rapidement, la plaie se déterge, bourgeonne et se cicatrise.

Le traumatol s'est montré utile dans le traitement des fongosités et des fistules tuberculeuses périarticulaires, anales, scrotales, péniennes, etc; introduit dans les fistules sous forme de crayon, il en tarit la sécrétion et favorise leur oblitération comme aurait fait l'iodoforme.

Le traumatol possède aussi des qualités anesthésiques très marquées, son application sur des plaies douloureuses, des brulures, des muqueuses enflammées, des eczémas siége de vive cuisson, a fait manifestement cesser la douleur.

Parmi les ulcères vénériens qui ont bénéficié de l'application du traumatol, soit en poudre, soit en gaze, soit en pommade ou en collodion, il faut citer les chancres mous, qu'il y a grand intérêt à faire disparaître au plus vite en prévision des réinoculations et des accidents fâcheux du bubon consécutif et du phagédénisme.

Les rupias, les ecthymas, les ulcères consécutifs à des gommes syphilitiques ayant résisté à plusieurs mois de traitement, les rhagades, les plaques muqueuses, en un mot toutes les syphilides suppurantes, se sont très bien trouvées de l'application du traumatol,

Nous en dirons de même des plaies consécutives à l'excision d'hémorrhoïdes, de papillomes cutanés, de végétations de toutes sortes, à l'ablation d'onyxis syphilitiques.

Différentes maladies de la peau, lèpre maculeuse, lupus de la face, teigne tonsurante, eczéma chronique, etc., etc., ont également guéri sous l'influence du même topique.

Dans le traitement de déchirures de la vulve et du périnée après des accouchements laborieux, et lorsque les plaies sont infectées, les pansements au traumatol ont fait rapidement cesser les accidents et la suture a pu ensuite amener la réunion par première intention.

La chirurgie oculaire a également profité de l'apparition du traumatol. Les oculistes paraissent assez embarrassés en général pour trouver un antiseptique qui soit efficace sans être dangereux pour les tissus si fragiles de l'œil. Ils en sont réduits jusqu'ici à peu près à l'acide borique, dont le pouvoir antiseptique est assez restreint, aussi ont-ils employé avec empressement le traumatol. Ils en ont retiré d'excellents résultats dans le traitement des conjonctivites, des kératites, des ulcères de la cornée, des blépharites, des opérations de cataracte, de strabisme, de tumeurs lacrymales, ect.

En résumé, le traumatol a un pouvoir antiseptique au moins égal à celui de l'iodoforme et du sublimé et supérieur à celui du salol, de l'acide borique, etc. On l'a appliqué après toutes sortes d'opérations dont il a assuré l'asepsie, dans le traitement de maintes plaies et affections chirurgicales septiques où il s'est montré un antiseptique de premier ordre, et dans diverses ulcérations dont il a déterminé la cicatrisation rapide Il est inodore, n'irrite ni la peau ni les muqueuses, et posséde une action anesthésique trés marquée.

Par l'usage du traumatol, on n'a à craindre aucun danger d'intoxication, car son pouvoir antiseptique considérable permet de l'employer à une dose beaucoup moindre que l'iodoforme, et, d'autre part, sa moindre densité et sa faible teneur en iode font que sur une surface traumatique égale, la quantité d'iode toxique qu'il peut dégager est six fois moindre que celle que produirait l'iodoforme. On a ainsi une sécurité absolue avec un résultat antiseptique certain.

Enfin, administré à l'intérieur, comme antiseptique des voies respiratoires et digestives, le traumatol semble se montrer aussi efficace que l'iodoforme, la créosote, etc., en particulier dans la tuberculose pulmonaire et dans la diarrhée des tuberculeux.

Les propriétés antiseptiques du traumatol, reconnues par les recherches expérimentales et par la clinique, permettent donc d'affirmer que cette substance pourra remplacer, dans la thérapeutique médicale et chirurgicale, l'iodoforme, dont elle possède les avantages sans en avoir les inconvénients.

ONZIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 18 *au* 23 *octobre* 1897.

Séance du 18 *octobre.*

Epithéliomes branchiogènes du cou et épithéliomes aberrants de la thyroïde.

M. Berger. — J'ai opéré au mois de février dernier une femme de 26 ans, qui présentait une tumeur ulcérée du cou, s'étendant de haut en bas du bord inférieur de la mâchoire à la clavicule et au sternum qu'elle débordait, et, d'arrière en avant, de la nuque, où elle pénétrait profondément sous les muscles, à la ligne médiane antérieure au niveau de laquelle elle repoussait la trachée et le larynx en sens opposé. Mobile sur les organes de la région, elle était fluctuante en arrière; en avant, il existait un envahissement manifeste de la peau et des ulcérations végétantes caractéristiques, donnant lieu à des hémorrhagies. Cette tumeur avait mis six ans à se développer. Elle ne pouvait être considérée que comme un épithéliôme, et je soulevai l'hypothèse d'une origine embryonnaire se rattachant au développement de la région.

Je fis l'ablation de la tumeur, et l'on put constater sa fusion complète avec la jugulaire interne, qu'il fallut enlever dans toute sa longueur en dénudant dans la même étendue la carotide et le pneumogastrique. La guérison se fit sans incident.

La tumeur, formée macroscopiquement de masses d'aspect gélatineux, se montre, sur les coupes microscopiques pratiquées par M. Bezançon, essentiellement constituée par des vésicules indépendantes les unes des autres et présentant la structure des vésicules du corps thyroïde. Dans l'intérieur des vésicules font saillie des végétations tapissées par l'épithélium de revêtement des follicules. On retrouve en somme tous les caractères de l'épithéliôme du corps thyroïde décrit en 1865 par M. Cornil. Il s'agit donc incontestablement d'un épithéliôme thyroïdien ayant pris son origine en dehors de la glande thyroïde, c'est-à-dire vraisemblablement aux dépens de débris épithéliaux parathyroïdiens qu'une aberration a semés dans le tissu cellulaire profond du cou, de même que les épithéliômes branchiogènes de von Volkmann procèdent des débris épithéliaux des fentes branchiales.

On doit donc, dans les épithéliomes profonds du cou, ou *tumeurs de la gaine vasculaire* de Langenbeck, distinguer deux variétés anatomiques distinctes : épithéliômes branchiogènes et les épithéliômes thyroïdiens aberrants.

De la botryomicose humaine.

MM. Poncet et Dor (de Lyon). — Nous avons observé plusieurs fois une lésion d'apparence inflammatoire, où plutôt néoplasique, qui siégeait sur les doigts dans deux cas, sur l'éminence thénar dans un troisième cas, et au niveau de la partie la plus saillante du moignon de l'épaule chez un quatrième malade. Il s'agissait d'une masse champignonneuse ulcérée, d'un volume variant entre celui d'un pois et celui d'une noix, constituée par des bourgeons lisses uniformes, très vasculaires, rattachés aux tissus sous-jacents par un pédicule mince.

L'examen histologique montrait que cette tumeur était formée par un tissu inflammatoire qui ne rappelait en rien les affections néoplasiques habituelles, telles que le papillôme ulcéré, l'épithélioma, le sarcôme.

Les recherches bactériologiques que nous avons pu pratiquer, au mois de juillet dernier, chez une de nos malades, nous ont indiqué la présence de microorganismes, et l'inoculation de cultures obtenues avec ceux-ci a donné naissance, chez un âne, à une tumeur semblable à celle qui avait été enlevée. Il résultait nettement de là que nous avions affaire à la *botryomicose*, maladie qui provoque les accidents désignés depuis longtemps par les vétérinaires sous le nom de *champignon du cheval*, ou encore de *champignon de castration*, parce que c'est, en effet, après cette mutilation qu'on a particulièrement constaté cette affection chez le cheval.

Dans trois cas, le mode d'inoculation nous a échappé et nous ignorons complètement où et comment les sujets

ont pu être contaminés. Dans une seule de nos observations, chez un malade de M. Villard, une piqûre peut être invoquée, et c'est un mois après cette blessure que la tumeur a fait son apparition.

Au point de vue étiologique, nous n'avons donc aucune indication précise. Trois de nos malades étaient des gens de la campagne, le quatrième, gardien de la paix. Deux d'entre eux étaient âgés de 18 à 20 ans, une autre de 32 ans, et, dans la quatrième observation, il s'agissait d'une femme de 55 ans.

Chez tous nous avons eu affaire à une tumeur unique, pédiculée, indolente, plus ou moins hémorrhagique et appartenant à la catégorie des néoplasmes botryomycosiques, désignés sous le nom de mycodermoïdes, de mycofibrômes.

A en juger par ces malades, la botryomycose serait une affection plutôt bénigne.

Le seul traitement vraiment curatif qui lui soit applicable est l'ablation des tissus malades. Nous n'ignorons pas qu'en médecine vétérinaire, depuis les observations de Thomassen, l'iodure de potassium est considéré comme un agent thérapeutique efficace dans la botryomycose comme dans l'actinomycose. Mais dans des néoplasmes pédiculés comme ceux que nous avons observés, l'ablation nous semble devoir être exclusivement conseillée. L'iodure trouverait mieux ses indications dans les formes inflammatoires diffuses.

Nous devons ajouter que MM. Faber et Van Siethoff on écrit au mois de juillet dernier un cas de tumeur de la paupière qu'ils ont considéré comme botryomycosique, sans en avoir fait ni cultures ni inoculations.

Le toucher vésical dans certaines affections péri-utérines.

M. A. Heydenreich (de Nancy). — Chez une femme de 39 ans, j'ai observé une inflammation péri-utérine qui faisait bomber le cul-de-sac antérieur du vagin, en même temps qu'elle produisait la sensation d'une masse dure s'étendant au-dessus du pubis sur une hauteur de trois travers de doigts. Les urines étaient purulentes.

Après avoir essayé sans succès de découvrir le foyer purulent le long de la paroi antérieure de l'utérus, j'eus recours à l'exploration digitale de la vessie sous le sommeil chloroformique, après dilatation de l'urèthre par l'introduction successive d'une série de bougies d'Hegar.

Je trouvai ainsi, dans la partie supérieure de la vessie et un peu à gauche, un orifice dans lequel pénétra l'extrémité du doigt, après un léger effort; j'arrivai alors dans une poche assez vaste, et lorsque je retirai mon doigt de la vessie, un flot de pus s'écoula par le méat. Il s'agissait donc évidemment d'un abcès anté-utérin ouvert dans la cavité vésicale.

J'introduis immédiatement l'index gauche dans la vessie puis dans la poche, et, par le vagin, j'incisai le cul-de-sac antérieur exactement au point où se percevait l'index gauche. Je pus alors placer dans la cavité purulente une sonde de Pezzer ressortant par le vagin et j'en mis une autre dans la vessie.

La guérison se fit rapidement, sans incontinence d'urine. Or, c'est là le seul reproche que l'on ait adressé au toucher vésical. En réalité, cette incontinence ne s'observe pas ordinairement; tout au plus constate-t-on parfois un affaiblissement du sphincter uréthral, vis-à-vis duquel nous ne sommes pas désarmés.

La gastro-entérostomie dans les sténoses simples du pylore.

M. Dubourg (de Bordeaux). — J'ai pratiqué huit fois la gastro-entérostomie pour cancer du pylore, avec deux morts survenues chez des cancéreux arrivés à la dernière période de la cachexie; chez les malades qui ont survécu, la survie a été en moyenne de deux à six mois.

J'ai également fait une gastro-entérostomie chez deux malades atteints de sténose simple de l'orifice pylorique, et c'est surtout dans le traitement chirurgical de cette affection que cette opération me paraît appelée à rendre de grands services. Mais il reste à déterminer le moment où l'intervention devient opportune.

Chez un dilaté de l'estomac, lorsque la dilatation devient permanente et s'accompagne de troubles digestifs graves tels que douleurs épigastriques, vomissements alimentaires ou bilieux fréquents, mouvements de péristaltisme stomacal spontanés ou réveillés par la pression, il est permis de penser que le pylore fonctionne mal et qu'un obstacle siège à son niveau : la question d'intervention peut déjà se poser. Si, en outre, il existe de l'amaigrissement, de la tendance au sommeil et de la faiblesse du pouls, il n'y a plus à hésiter, et l'intervention s'impose à bref délai.

J'emploie de préférence, quand rien ne s'y oppose, la gastro-entérostomie antérieure, attirant l'anse jéjunale à travers une brèche faite dans le grand épiploon d'abord et le mésocôlon ensuite. Le tube en caoutchouc que j'ai préconisé pour faciliter l'anastomose m'a toujours donné d'excellents résultats.

Chez mes opérés, je n'ai jamais observé aucun des accidents qui ont été signalés à la suite de cette intervention (vomissements persistants, symptômes d'occlusion intestinale). Je considère donc que l'opération est absolument indiquée dans les cas de sténose simple du pylore.

M. Guinard (de Paris). — Je crois qu'il y a tout avantage, dans la gastro-entérostomie, à pratiquer le retournement de l'anse jéjunale que l'on met en communication avec l'estomac; c'est, en effet, le seul moyen d'obtenir le passage direct de l'estomac dans l'intestin, attendu que, sans ce retournement, il est à craindre que les aliments, au lieu de suivre leur cours normal dans

l'intestin grêle; ne refluent dans le duodénum et de là dans l'estomac, suivant ainsi une sorte de trajet circulaire dans le sens opposé à la direction habituelle du contenu intestinal. (*Semaine médicale.*)

Séance du 19 *octobre* 1897.

Traitement de la contusion de l'abdomen.

M. Le Dentu. — Sauf le cas de rupture du rein ou de la vessie, le diagnostic direct, synthétique, des lésions viscérales causées par les contusions abdominales, est soumis à de nombreuses chances d'erreurs.

Le diagnostic indirect, analytique, qui tient compte de chaque signe, envisage isolément le maximum d'indication qu'il comporte, offre une base plus solide à l'intervention chirurgicale.

Le diagnostic analytique est rendu possible dans beaucoup de cas par des signes locaux ou par des signes éloignés.

Les signes locaux sont : les lésions de la paroi abdominale, certaines modalités de la douleur superficielle ou profonde, la contracture de la paroi abdominale.

Les signes éloignés sont : certaines modifications du faciès et de la coloration des extrémités, de la voix, du pouls, de la respiration, de la température du corps, de la sécrétion urinaire, de l'habitus ou des allures du blessé.

On peut arriver à reconnaître par une analyse minutieuse qui tiendra compte de toutes les nuances, le shock d'origine hémorrhagique et le shock d'ordre nerveux, qui tous deux imposent l'intervention.

Les cas, dits sans symptômes, deviendront de plus en plus rares, à mesure que les chirurgiens auront, sur ce terrain, affiné leur sens d'observation.

La laparotomie purement exploratrice est justifiée toutes les fois que les éléments de diagnostic seront insuffisants pour fournir une certitude approximative, et que les circonstances permettront d'admettre *a priori* la possibilité de lésions viscérales.

La laparotomie systématique dans le traitement de la contusion abdominale.

M. P. Michaux. — Malgré les belles observations apportées à la Société de chirurgie depuis 1883 par Bouilly, Moty, Jalaguier, Nélaton, Lejars et par moi-même en 1892 et 1895, la question de l'intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen n'est pas encore tranchée.

En face des interventionnistes nombreux, se lèvent les opposants, qui comptent parmi eux nos plus distingués collègues de l'armée, MM. Delorme, Nimier, Lahevost, et quelques-uns de nos collègues, Polaillon, Kirmisson, Quénu. Nos collègues de l'armée ont apporté des faits nombreux, groupés avec beaucoup de talent dans la séduisante thèse de Mendy. Ce travail me semble cependant dangereux dans ses conclusions, et je vais chercher à le démontrer en établissant que la *laparotomie est le seul moyen sérieux de diagnostic et de traitement qu'on puisse appliquer à la contusion abdominale.*

En premier lieu, il est facile d'établir, par de nombreuses observations, que les signes de la contusion abdominale ne sont pas toujours en rapport avec la violence du traumatisme; souvent, à tel traumatisme violent correspond une réaction légère, alors que tel autre traumatisme léger se traduit par des phénomènes graves et des lésions fatales. On voit souvent des hommes atteints de contusion abdominale remonter à cheval, faire un long chemin à pied, attendre un ou deux jours avant de se faire conduire à l'infirmerie, et cependant les lésions amènent une mort des plus rapides.

Les 178 guérisons par abstentions comprennent cent observations sans aucun détail et 34 contusions des hypochondres, des flancs, de la région lombaire, hypogastrique et des régions inguino-crurales, ce qui diminue beaucoup la valeur de ces chiffres.

En face des statistiques personnelles de M. Delorme : 20 cas de contusion par coup de pied de cheval, 17 abstentions guéries, 3 morts par laparotomies, mais laparotomies à la 23e, 24e et 37e heures. Je puis mettre la statistique de Chaput : 6 morts par rupture intestinale, sur 7 cas de contusion par coup de pied de cheval ; la statistique de M. Gross : 6 abstentions, 4 guérisons, 2 morts ; ma statistique, enfin, qui porte aussi sur 20 cas de contusion de causes variées, toutes très graves, 14 interventions, 12 guérisons, 2 morts par laparotomie tardive ; six abstentions (2 voulues pour cas ultra-légers), 2 morts par rupture du hile de la rate et péritonite septique sans lésions intestinales. Je sais bien que les ruptures de l'intestin ne nous donneront pas toujours des succès, mais encore la laparotomie est-elle leur seule chance de succès.

Les principales règles de cette laparotomie sont les suivantes que j'ai déjà indiquées dans mon travail de la Société de Chirurgie en 1895.

1° Laparotomie aussi précoce que possible, aussitôt le shock passé.

2° Laparotomie aussi rapide que possible. Evacuation du sang à l'aide de grosses éponges aseptiques. Exploration méthodique de l'intestin dans des linges chauds stérilisés. Éviscération seulement dans les cas où on trouve des débris alimentaires ou des matières fécales.

3° Laisser l'abdomen largement ouvert à la fin de l'opération, en limitant, avec des mèches de gaze iodoformée les régions dangereuses.

4° Enfin et surtout, la lutte jusqu'au bout pour sauver ces malades. Injections très abondantes de sérum dans les veines (Lejars-Michaux). Lavages péritonéaux abondants à l'eau salée et au permanganate de potasse.

Tels sont les moyens que j'ai toujours employés et qui

m'ont donné les beaux résultats que je suis heureux de communiquer au Congrès, dans l'espoir qu'il nous permettront de repousser victorieusement les doctrines si dangereuses de l'abstention et de l'expectation armée dans le traitement des contusions de l'abdomen.

Contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval.

M. Moty (de Lille). — Je n'aurai en vue, dans ma communication, que les contusions par coup de pied de cheval et de mulet. Depuis sept ans je n'ai pu en recueillir que 15, ce qui fait à peu près 2 cas par an et par régiment. Sur 15 cas, 12 se placent dans le quadrimestre novembre-février; ils sont donc d'autant plus fréquents que les chevaux travaillent moins.

Enfin, sur ces 15 cas, aucun n'a pu être considéré comme grave; 11 sont moyens, 4 légers; tons ont guéri sans intervention.

Le diagnostic entre les cas légers et les cas moyens ne se fait guère qu'*à posteriori*.

Les symptômes des cas moyens n'ont rien de caractéristique, et je n'ai que trois particularités à relever en ce qui les concerne.

1° Le pouls peut être accéléré ou ralenti sans qu'on soit en droit d'en rien conclure, mais si le pouls, rapide d'abord se ralentit ensuite progressivement après l'installation du blessé dans un lit, il y a beaucoup de chances pour que le cas ne soit pas grave;

2° Quand le coup a porté à droite ou à gauche de la ligne médiane, il y a presque toujours dilatation de la pupille du côté correspondant, sauf dans les cas légers; elle n'a été trouvée rétrécie qu'une fois;

3° L'hystérie joue un grand rôle dans les manifestations symptomatiques qui suivent la contusion.

La laparotomie et la suture intestinale restent le seul moyen de traitement efficace dans les éclatements et les ruptures. Le traitement des cas moyens repose essentiellement sur l'opium qui répond à lui seul aux principales indications et qu'on remplacerait par les injections de morphine en cas de besoin.

La glace est contre-indiquée, elle semble avoir été la seule cause de complications assez graves, notamment la phlébite. (*Presse médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 *octobre.*

Traitement de l'occlusion intestinale.

M. Lejars. — La discussion actuellement en cours me fournit l'occasion de vous présenter quelques considérations relatives à une série de cas d'iléus paralytique qu'il m'a été permis d'observer.

Il y a d'abord une variété bénigne d'iléus paralytique qui cède facilement au lavement électrique et qui a fourni de nombreux succès à cette méthode thérapeutique. Je ne veux pas insister sur cette forme, et je me contenterai de vous en relater un cas qui présentait un intérêt particulier, parce qu'il y avait coexistence d'une hernie. Au mois de février 1896, je fus appelé auprès d'une femme de 61 ans, pour des accidents d'occlusion intestinale qui semblaient avoir leur point de départ au niveau d'une hernie ombilicale ancienne; comme celle-ci n'était ni tendue, ni douloureuse, je crus pouvoir conclure qu'il s'agissait d'une simple épiplocèle adhérente, et je prescrivis un lavement électrique qui fut rapidement suivi d'une débâcle.

Dans une autre forme d'iléus paralytique, il existe des éléments graves et rebelles susceptibles de déterminer des accidents tout aussi redoutables que ceux qui proviennent d'une bride ou d'un volvulus.

Je me souviens d'un cas que j'ai observé à l'hôpital Necker en avril 1893, chez un homme de 40 ans. Quand je fus appelé auprès de lui, il n'avait rendu ni gaz ni selles depuis huit jours, et l'on avait tout essayé sans succès, y compris l'électrisation. Je l'opérai dans l'après-midi, décidé d'abord à pratiquer l'entérotomie; mais, voyant que le chloroforme était bien supporté, j'ouvris le ventre et je pus alors constater que le gros intestin était, dans toute son étendue, aussi distendu que l'intestin grêle, sans qu'il y eût la moindre trace d'obstacle. Je dus donc refermer le ventre et j'établis sur le cæcum une toute petite bouche, qui donna immédiatement issue à une grande quantité de gaz et de matières. L'état de l'opéré s'améliora aussitôt, et, au troisième jour, le malade eut une selle spontanée, qui fut le point de départ d'une vaste débâcle. Deux mois plus tard, je fermai la fistule stercorale. Le troisième jour après cette intervention, je trouvai mon opéré mourant, avec tous les symptômes d'une perforation intestinale, et je pensai que les sutures faites au niveau de l'anus cæcal avait cédé. L'autopsie montra qu'il s'était produit une perforation de l'S iliaque au niveau d'une ulcération tuberculeuse.

Le 5 juin de la même année, chez une malade de 55 ans, atteinte d'occlusion intestinale, la laparotomie ne me montra aucun obstacle, et je refermai simplement le ventre. Pendant trois jours, mon opérée resta dans un état très alarmant, et au quatrième jour, il était question de lui faire un anus artificiel, lorsque, à la suite d'un grand lavement donné par une infirmière, la malade eut une première selle, suivie bientôt de débâcle, et la guérison se fit spontanément.

Dans un autre cas, je fus appelé en décembre 1894 dans le service de M. Segond, à la Maison municipale de santé, auprès d'un homme de 39 ans qui présentait tous les signes d'une véritable occlusion intestinale aiguë, avec des vomissements fécaloïdes et une distension énorme du ventre, portant principalement sur la région sus-ombi-

licale. Le lavement électrique n'ayant donné aucun résultat, je fis une laparotomie médiane et tombai sur un côlon transverse considérablement distendu; le côlon descendant et l'S iliaque étaient d'ailleurs dilatés, ainsi que l'intestin grêle. Il n'existait pas la moindre trace d'obstacle. Je terminai l'opération en faisant une petite boutonnière sur le côlon transverse. Deux jours après, le malade allait à la selle, et en février 1895, je fermais sa fistule stercorale. Il est actuellement bien portant.

Au mois de juin 1895, j'ai soigné, à l'hôpital Beanjon, une femme de 40 ans atteinte d'occlusion intestinale. J'avais simplement mis au dehors la portion d'intestin sur laquelle je comptais pratiquer une ouverture, et la débâcle eut lieu avant l'exécution du deuxième temps de l'opération.

Enfin, le 13 octobre suivant, chez un malade entré à l'hôpital pour une fracture de cuisse et pris brusquement d'accidents d'occlusion, je créai un anus cæcal, qui ne donna issue qu'à une très petite quantité de gaz et de matières. L'opéré succomba au bout de vingt-quatre heures et l'on ne constata à l'autopsie aucune trace d'obstacle matériel.

En présence des faits si disparates qu'on observe dans l'occlusion intestinale, il est impossible d'établir une règle de conduite générale. Sans doute l'indication opératoire serait bien simplifiée si l'on pouvait toujours faire le diagnostic de la cause des accidents. Malheureusement ce diagnostic est souvent presque impossible, et c'est pour cela que dans le doute il faut intervenir par la laparotomie, lorsque le lavement électrique n'a produit aucun effet; si l'on ne trouve rien à la laparotomie, on terminera l'intervention en établissant une fistule stercorale

M. Félizet. — Dans les premières années de la vie, l'occlusion intestinale se présente dans des conditions assez spéciales, les causes principales de cette affection étant les malformations de calibre, les invaginations, les corps étrangers et les brides consécutives à l'appendicite et aux opérations de hernies. Au point de vue du tableau clinique, on peut dire que chez l'enfant l'intestin a des réactions autrement vives que chez l'adulte, et c'est ce qui explique la rapidité avec laquelle on voit survenir le ballonnement abdominal, avec les vomissements fécaloïdes. Lorsque, devant l'apparition d'accidents d'occlusion, on s'est assuré que la cause n'en réside pas au niveau d'un des orifices herniaires, l'examen clinique, en présence du ballonnement du ventre, peut tout au plus permettre de penser que l'obstacle siége sur le gros intestin plutôt que sur l'intestin grêle.

Dans ces conditions, la laparotomie peut évidemment paraître séduisante pour établir le diagnostic et supprimer ensuite la cause des accidents, si la chose est possible. Malheureusement, chez l'enfant, l'ouverture d'un ventre distendu n'est pas toujours une opération facile. Si l'on a rencontré l'obstacle qui est la cause de l'occlusion, la délicatesse des parois de l'intestin rend alors particulièrement dangereuses les manœuvres auxquelles on doit avoir recours pour lever cet obstacle. Si l'on n'a pas trouvé d'obstacle, il est certain que l'on a aggravé la situation en pratiquant l'opération exploratrice.

Ces diverses raisons ne me permettent pas de considérer la laparotomie comme constituant l'intervention de choix dans le traitement de l'occlusion intestinale chez l'enfant.

L'anus artificiel, qui est une opération simple et rapide, et que l'on peut établir sans anesthésie chloroformique, me paraît, au contraire, convenir parfaitement aux enfants. Lorsque, au bout de quelques jours, le ventre aura repris sa souplesse, on pourra essayer de faire un diagnostic et l'on se comportera suivant les circonstances.

J'ai opéré ainsi, récemment, un enfant de 7 à 8 ans qui, après avoir expulsé un fragment de carapace d'écrevisse auquel étaient dus les accidents d'occlusion, aguéri ensuite spontanément de son anus iliaque, et je possède à mon actif un certain nombre d'observations analogues, que je pourrais vous rapporter. C'est ainsi que, l'année dernière, j'ai dû faire un anus artificiel, chez un petit malade, pour une occlusion intestinale causée par une bride résultant d'adhérences consécutives à une opération de hernie inguinale; la guérison de l'anus iliaque a été obtenue spontanément au bout de quatre mois, et l'enfant n'a pas eu de nouveaux accidents.

M. Segond. — En envisageant d'une façon générale la question qui fait l'objet de cette discussion, je crois que nous sommes plus près de nous entendre qu'il ne le paraît. C'est, qu'en effet, je ne pense pas qu'on puisse dire que la laparotomie est l'opération de choix, applicable à tous les cas d'occlusion, pas plus qu'on ne doit soutenir une semblable opinion pour l'anus artificiel. Pour ma part, je n'ai pas eu un seul instant l'idée de prétendre que l'anus contre nature constitue, pour tous les cas d'occlusion, la méthode de choix. J'ai seulement tenu à affirmer que, dans les cas où le diagnostic n'est pas fait, la création d'un anus est une opération sans gravité, qui ne tue pas les malades, attendu que, lorsque ceux-ci succombent, ils meurent du fait de l'occlusion et non pas du fait de l'anus artificiel.

En ce qui concerne les cas où l'on est obligé de placer cet anus sur l'intestin grêle, je reconnais que cette condition présente de sérieux inconvénients, mais ces inconvénients n'empêchent pas qu'on puisse trouver des avantages à l'opération elle-même. Je puis vous citer à ce propos un exemple démonstratif.

Il s'agit d'une dame de 40 ans, auprès de laquelle je fus appelé par M. Albert Robin, au troisième jour d'une occlusion intestinale très grave. Dans l'état général où se trouvait la malade, elle serait infailliblement morte si j'avais pratiqué une laparotomie. J'ai fait un anus arti-

ficiel, non sur le cæcum, mais sur l'intestin grêle, parce que l'obstacle siégeait sur ce dernier. Ma malade a guéri parfaitement, et, trois semaines après ma première intervention, je lui ai ouvert le ventre. J'ai trouvé alors une annexite adhérant au cæcum et formant avec celui-ci une masse dont partait une bride qui constituait l'obstacle sur l'intestin grêle. J'ai enlevé les annexes malades et déchiré la bride. Puis, dans une troisième intervention, j'ai fermé l'anus artificiel, et la guérison définitive, qui date aujourd'hui de dix-huit mois environ, s'est faite sans incident. Voilà, certes, un cas où la laparotomie immédiate n'aurait pas guéri la malade, comme l'anus m'a permis de le faire.

M. Picqué. — Pendant quelques années, l'anus iliaque m'a semblé devoir être préféré à la laparotomie dans le traitement de l'occlusion intestinale. Or, la bénignité de l'anus artificiel ne présente rien d'absolu, et, d'autre part, si la laparotomie a donné longtemps de très mauvais résultats, les perfectionnements actuels de la technique opératoire en ont certainement diminué les dangers dans de notables proportions. Je crois qu'il faut, par conséquent, se mettre en garde aussi bien contre les déceptions que peut donner l'anus artificiel que contre celles que la laparotomie ménage au chirurgien. C'est, en réalité, l'étude clinique minutieuse de chaque cas et l'appréciation de l'état général qui doivent fournir les indications de chacune de ces deux opérations.

Il est évident, en effet, que l'anus est seul applicable aux cas dans lesquels l'état général est trop mauvais pour que le malade puisse supporter une longue opération, telle que l'est habituellement la laparotomie ; mais il est aussi des cas diamétralement opposés à ceux-là, où il s'agit simplement de pseudo-occlusion intestinale et pour lesquels un diagnostic trop précipité peut conduire à une opération non indiquée.

Je puis vous communiquer une observation qui rentre dans cette dernière catégorie de faits. On m'appelle pour opérer une femme présentant des signes d'occlusion. Après l'avoir examinée, je me contente de prescrire un purgatif, remettant l'intervention au lendemain. A la suite de la purgation, une débâcle se produit, et, sous le chloroforme, je puis ensuite reconnaître l'existence d'une collection d'origine appendiculaire, que j'incise.

Dans l'occlusion vraie, la conduite à tenir devrait être subordonnée au diagnostic, qui, malheureusement, s'il est possible quelquefois, ne l'est que rarement.

Quand le diagnostic n'a pu être établi, je suis d'avis que la laparotomie doit être faite, et cette opération, d'abord exploratrice, peut devenir curative si l'on trouve l'obstacle ; ou bien, dans le cas contraire, elle conduit à l'établissement d'un anus contre nature ou d'une entéro-anastomose.

Je vais vous présenter tout à l'heure un jeune homme, qui fut confié à mes soins pour des accidents aigus d'occlusion intestinale après avoir été vu précédemment par plusieurs collègues, lesquels avaient porté différents diagnostics, notamment celui d'appendicite. En présence de la gravité des accidents d'occlusion, le père, médecin lui-même, insistait pour qu'on limitât l'action chirurgicale à l'établissement d'un anus contre nature. A cause de l'absence d'un diagnostic précis, je m'y refusai et je fis la laparotomie, qui me permit de trouver une bride sur la portion terminale de l'intestin grêle et d'obtenir la guérison radicale en levant l'obstacle.

Lorsque le diagnostic a pu être posé et que la lésion est susceptible d'un traitement immédiat, c'est encore la laparotomie qui doit être pratiquée.

Enfin, si, le diagnostic étant établi, il s'agit d'une lésion qui n'est pas justiciable d'un traitement immédiat ou qui est incurable, c'est l'anus artificiel qui est indiqué ; mais, même dans les cas de ce genre, il sera parfois nécessaire de faire la laparotomie pour préciser le point où l'on doit créer l'anus.

Présentation de malade.

M. Nélaton montre un malade atteint d'un épithélioma de l'intestin, et chez lequel, après avoir pratiqué un anus contre nature pour des accidents d'occlusion, il a fait une entéro-anastomose par le procédé de Souligoux. L'orifice de communication ainsi établi n'ayant jamais livré passage aux matières, l'ablation du néoplasme a été exécutée dans une nouvelle intervention.

(*Semaine médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 octobre.

Traitement du glaucôme par la résection bilatérale du sympathique cervical.

M. Th. Jonnesco (de Bucarest). — Depuis le moment où, devant le Congrès français de Chirurgie de 1896, je signalai le premier, l'intérêt de la résection bilatérale du sympatique cervical dans le goitre exophtalmique, l'épilepsie, l'hystéro-épilepsie, la chorée, etc., en un mot, dans ces affections où les troubles vaso-moteurs et autres paraissent dépendre d'une excitation permanente du sympatique cervical, j'ai eu l'occasion de pratiquer vingt-neuf fois cette nouvelle opération avec d'excellents résultats. Ces résultats, je les ai communiqués (aussi à l'Académie de Médecine en ce qui concerne le goitre exophtalmique, et au dernier Congrès de Moscou, pour les autres affections.

Je viens de trouver une nouvelle indication pour mon

opération, en l'appliquant à une maladie de l'œil, fréquente, grave, et à peu près incurable jusqu'à ce jour : le glaucôme. Cette affection paraît, en effet, être, dans bon nombre de cas, sinon toujours, sous la dépendance d'une excitation permanente du sympatique cervical.

Le 1er octobre dernier, j'ai pratiqué, sur un homme de 50 ans, atteint d'un glaucôme double depuis six ans, et ayant perdu la vue depuis deux ans, la résection bilatérale du ganglion cervical supérieur, et les résultats immédiats ont été excellents : la tension oculaire a baissé au-dessous de la normale dés le lendemain de l'opération, et, en même temps, la vision lui est revenue à tel point qu'il peut se conduire seul, chose qu'il ne pouvait faire avant, et distinguer le nombre des doigts à deux mètres et plus. En un mot, la vue est revenue, et le grand symptôme objectif, la tension oculaire, est tombée. Cet excellent résultat se maintient, et il est à espérer qu'il en sera de même dans la suite.

Je suis intervenu encore deux fois depuis : le 3 octobre, chez une femme atteinte d'un glaucôme double d'une double cataracte; la tension oculaire a baissé chez elle ainsi dès le lendemain. Enfin, dans un troisième cas, le 13 octobre dernier, je n'ai enlevé le ganglion sympathique que d'un côté (le gauche), laissant l'œil droit (atteint aussi de cataracte) comme témoin, pour avoir un terme de comparaison. Or, dans ce cas aussi, dès le lendemain de l'opération, l'œil gauche (opéré) a une tension au-dessous de la normale, tandis que l'œil droit conserve sa tension exagérée, qu'il présentait avant l'opération. De plus, la vue est recouvrée du côté opéré.

En somme, la résection du sympatique cervical, que j'ai proposée et exécutée le premier contre le goitre exophtalmique avec d'excellents résultats, trouve une nouvelle application dans le traitement de cette grave maladie qu'est le glaucôme, auquel je viens d'appliquer le premier cette nouvelle opération.

Hernie inguinale de l'appendice cœcal.

M. Bœckel. — J'ai observé, chez un homme de 63 ans, une tumeur indolore et irréductible du canal inguinal droit que je pris pour une épiplocèle ancienne. Après quelques mois, la tumeur ayant considérablement augmenté de volume et étant devenue douloureuse, je soupçonnai l'existence d'un carcinôme en ce point. L'opération pratiquée en permit l'ablation nécessitant toutefois la castration et la résection d'une anse intestinale.

Un examen plus approfondi de la pièce enlevée établit que la partie prise pour le canal déférent n'était autre que l'appendice cœcal hernié. L'anus artificiel fut fermé dans une opération complémentaire et la guérison fut parfaite.

(*Presse médicale*).

La mobilisation mécanique prolongée comme méthode générale de traitement de certaines ankyloses.

M. Phocas (de Lille). — Dans le but de réaliser une mobilisation des jointures d'une façon régulière et non douloureuse, j'ai songé à me servir d'un moteur et j'ai attelé l'articulation du coude d'un malade à une machine actionnée par un moteur hydraulique. Il s'agissait d'une ankylose fibreuse du coude par fracture. Le malade, âgé de 12 ans 1/2, a été soumis à ces mouvements pendant deux heures par jour, depuis le 1er octobre. A l'heure actuelle, après trente heures de mobilisation, l'enfant peut plier le coude presque à angle droit. Ce fait est intéressant à cause de l'innocuité des mouvements lents, mécaniques. prolongés, contrairement à ce qui passe à la suite de la mobilisation brusque sous le chloroforme qui s'était accompagnée déjà, chez le malade, de réaction inflammatoire intense.

(*Bulletin médical.*)

REVUE DE CHIRURGIE

COU, CRANE, FACE

Gliôme de l'hémisphère gauche du cervelet avec symptômes fonctionnels cérébraux sans lésions de l'écorce.

M. Francesco de Grazia (de Palerme). — Un homme de 49 ans, agriculteur de son métier, a été amené le 9 février 1896 à la clinique de Palerme. Il est marié et a cinq fils vivants et bien portants.

L'anamnèse ne relève qu'un accès de malaria dont le malade a souffert il y a plusieurs années et une affection pulmonaire.

Il affirme que sa maladie actuelle a débuté brusquement environ six semaines avant son entree à la clinique. Les premiers symptômes furent des vertiges, des vomissements et de la céphalée. Le vertige qui se produisait toujours par accès était si fort que le malade ne pouvait se tenir debout ; la céphalée se produisait aussi par accès; elle siégeait à l'occiput d'où elle s'irradiait à la nuque. Les vomissements furent continus pendant huit jours et se produisaient tantôt après le premier déjeuner tantôt après le diner; parfois, ils se répétaient deux à trois fois au cours de vingt-quatre heures. Depuis, les vomissements sont devenus plus rares; mais le vertige et la céphalée ont persisté jusqu'à l'entrée du malade à la clinique.

Dans l'histoire clinique de ce malade, il y a trois groupes de symptômes indiquant la présence d'une tumeur cérébrale. Il y a d'abord l'asthénie, l'atonie musculaire, l'astasie succédant à l'ataxie cérébrale. Il existe

en outre un groupe de symptômes concomitants: la céphalée, le vertige, les vomissements. Enfin, il faut relever encore des symptômes accessoires causés par la pression que la tumeur exerce sur le bulbe, ainsi que des troubles de l'activité cardiaque et de la respiration.

Le professeur G. Rummo établit le diagnostic de gliôme du cervelet. Le malade est mort le 14 février, cinq jours après son entrée à la clinique.

En procédant à l'autopsie, on a fait une section transversale du cervelet et on a trouvé dans l'hémisphère gauche une tumeur de formé sphéroïdale, dont le plus grand diamètre était d'environ quatre centimètres. Elle occupait la place de la substance blanche.

La tumeur avait une consistance cornéenne et était de couleur rouge-grisâtre. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un gliôme richement vascularisé.

L'autopsie a permis aussi de constater que le bulbe était comprimé par la tumeur, et que c'est cette pression qui a dû causer l'exagération des réflexes tendineux.

Le fait le plus saillant qui résulte de cette observation, c'est que, malgré la présence d'une tumeur assez volumineuse pour prendre presque toute la place de la substance blanche de l'hémisphère gauche du cervelet, les nerfs afférents ne présentaient pas de signes de dégénérescence.

Ce qui se concilie difficilement avec nos connaissances modernes, c'est la constatation que l'écorce cérébrale étant restée intacte de même que les nerfs du cervelet, le symptôme cérébral ait pu se manifester.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

Dégénérescence partielle du placenta chez une éclamptique.

M. Othon Falk (d'Iéna). — Mme Sch..., 22 ans, se trouvant le 26 juin 1897, dans un état profondément comateux, a été amenée à la clinique d'accouchement. La malade, pour la première fois enceinte, eut, sept semaines avant son entrée à l'hôpital, des maux de tête, du vertige et des vomissements. Le matin du 26 juin elle commença à délirer et elle eut ensuite deux accès spasmodiques.

Au cours de l'examen interne on a pu palper le tissu du placenta à travers la matrice. L'auteur a conclu qu'il fallait perforer le placenta. Ces essais ont échoué. En retirant le doigt il sortait par la vulve des tissus placentaires saturés de petits vésicules. On a procédé au curettage de la cavité utérine.

Environ cent grammes d'amnios s'écoula et il y eut une procidence du cordon. Enfin on retira le fœtus par morceau.

Au réveil de la narcose et surtout vers le soir, la malade se trouva dans un état de forte excitation et il fallut lui administrer des injections de morphine. Ce n'est que le soir du 27 juin, qu'elle recommença à reprendre ses sens. L'arrière-faix était farci d'hydatides. Le volume des vésicules variait entre un millimètre cube et un centimètre cube.

Contribution à l'étude de la syphilis spinale.

M. William-G. Spiller (de New-York). — Une chanteuse, âgée de 36 ans, a été reçue le 28 septembre 1895, à l'hôpital de Philadelphie. Depuis dix-neuf ans, elle faisait des abus alcooliques. A cette époque, elle contracta la syphilis, et depuis elle se plaignit toujours de douleurs « rhumatismales ». Au mois ce septembre 1895, elle fut prise de violentes douleurs dans les extrémités inférieures et vers le 12 septembre la paraplégie était devenue complète. Bientôt après, il y eut rétention d'urine. La malade est morte le 3 décembre 1895. On a procédé à l'autopsie. Aux jambes, il y avait plusieurs cicatrices et au-dessus du sacrum et du coccyx une zone gangréneuse. La vessie contenait une petite quantité d'urine purulente. Toute la surface de la moelle épinière était recouverte d'un exsudat fibrino-purulent. A remarquer dans ce cas, que l'infection a eu lieu seize ans avant les symptômes aigus de la syphilis spinale. L'épaississement de l'artère basilaire qu'on a constaté démontre que la syphilis spinale n'est pas limitée strictement à la moelle. Ce développement d'une paraplégie complète dans l'espace de douze jours, ainsi qu'on l'a vu dans le cas présent, présente un intérêt particulier.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Ce concours s'est ouvert lundi, 18 octobre. Voici le sujet de la composition écrite : *Plèvre. — Cancer de l'œsophage.*

Le nombre des candidats ayant remis leur copie s'élève à 410, soit 99 de plus que l'année dernière.

Conformément au règlement, le jury s'est divisé en deux sections pour entendre la lecture des copies.

Section d'anatomie : MM. Chauffard, Toupet, Blum, Demoulin, Porack.

Section de pathologie : MM. Duguet, Launois, Quénu, Faure, Lepage.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 44 30 Octobre 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

SOMMAIRE. — Jurisprudence médicale : Le cas du Dr Laporte. — Responsabilité pénale des médecins, par M. P. Couradin. — Société de Chirurgie (séance du 27 octobre; présidence de M. Delens) : Comment faut-il intervenir dans l'occlusion intestinale ? — Deux cas de grossesse extra-utérine. — Rapport sur des observations envoyées par MM Lafourcade et Panchet : 1° Péritonite enkystée ; laparotomie ; guérison. — 2° Kyste de l'ovaire rompu deux fois dans l'intestin, laparotomie ; fibrôme utérin traité par l'énucléation simple, guérison. — 3° Dix-neuf hystérectomies abdominales totales suivies de guérison. — Luxation traumatique sus-pubienne de la hanche. — Présentations de malades. — Association française d'urologie : *Castration et hypertrophie de la prostate* : La résection des canaux déférents et l'hypertrophie de la prostate. — Résection des canaux déférents et hypertrophie prostatique. — Nouvelles et Faits divers.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le cas du Dr Laporte.
Responsabilité pénale des médecins.

Le jugement rendu par la neuvième chambre du tribunal de première instance de la Seine n'aura certes pas pour effet d'arrêter les flots d'encre qui ont coulé à propos de l'affaire du malheureux Dr Laporte. Aussi bien, ce n'est pas seulement le procès d'un médecin qui a été jugé, mais celui du corps médical tout entier, et la question, à la solution de laquelle le public était particulièrement intéressé, a passionné et passionne encore les esprits.

Dans le cours de l'année, nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec les lecteurs de la responsabilité civile des médecins. Nous avons dit que les tribunaux se montraient généralement très circonspects et n'admettaient le principe de la responsabilité civile des médecins qu'en présence d'une faute lourde, d'une ignorance *crasse* pour employer l'expression de M. le procureur général Dupin. Cependant, nous avons cru devoir engager les médecins à n'avoir qu'une confiance limitée dans le pouvoir d'appréciation des juges; les événements qui viennent d'avoir lieu nous ont hélas donné raison.

Bien que le principe de la responsabilité pénale des médecins et chirurgiens soit contesté par certains auteurs, la jurisprudence l'admet lorsqu'un praticien, ignorant les règles les plus élémentaires de son art, commet involontairement une erreur grossière ayant pour effet d'entraîner la mort de son client ou simplement des blessures : ce sont les cas prévus et punis par les articles 419 et 420 du code pénal. Mais il faut reconnaître que les tribunaux se montrent ordinairement plus réservés encore en cette occurrence, que quand il s'agit d'apprécier la responsabilité civile des médecins; du reste, les cas de responsabilité pénale des médecins sont rares et les décisions de justice en cette matière n'abondent pas; c'est à peine si l'on compte quatre ou cinq jugements ou arrêts depuis l'année 1890.

Les faits relatifs à l'affaire du Dr Laporte sont présents à la mémoire de tous. On sait que ce docteur était accusé d'homicide par imprudence pour avoir manqué l'opération de la craniotomie.

Lors des débats, que nous avons suivis avec le plus grand intérêt, nous devons avouer que l'attitude de M. le président de la neuvième chambre n'a pas eu le caractère d'impartialité à laquelle cet honorable magistrat nous a depuis longtemps habitnés. C'est ainsi que, pendant l'interrogatoire, ce dernier n'a pas craint plusieurs fois de blamer en termes indignés la conduite du courageux Dr Laporte; il a même soulevé les protestations de tout l'auditoire en déclarant qu'il eût été préférable de laisser mourir la femme Fresquet, plutôt que de tenter une opération qui pouvait la sauver.

La manière dont les débats avaient été dirigés nous faisaient donc prévoir la fatale issue de cette affaire, et nous ne fûmes nullement surpris de voir occuper militairement la salle lorsque M. le président dut lire le jugement; nons avions le pressentiment que le tri-

bunal n'avait voulu se laisser convaincre, ni par la savante déposition de M. le professeur Pinard, ni par l'éloquente plaidoirie de Me Henri Robert.

Le jugement, rendu à la date du 22 octobre 1897, reproduit toutes les idées que M. le président avait exprimées dans son réquisitoire, pardon ! dans son interrogatoire ; en voici la teneur :

Le tribunal,

Attendu que Laporte qui a obtenu le diplôme de docteur en médecine en 1893 et qui avait vainement cherché à se créer une clientèle dans le XVIIIe arrondissement, s'est installé le 1er septembre 1895, au boulevard de Charonne, n° 104 ;

Attendu qu'ayant été agréé en 1895 comme médecin de service de nuit, il fut requis dans la soirée du 11 septembre 1897, de se rendre rue Courat, 32, chez la dame Fresquet qui était depuis plusieurs heures dans les douleurs de l'enfantement et dont l'accouchement présentait des difficultés ;

Attendu que Laporte s'était muni d'un forceps, seul instrument qu'il possédât pour faire les opérations obstétricales, se présenta au domicile de la dame Fresquet qui avait eu déjà cinq enfants et auprès de laquelle se trouvait une sage-femme, la dame Maitrepierre ; qu'après l'examen, le docteur Laporte jugea que l'application du forceps était nécessaire, application qui avait déjà eu lieu avec succès dans deux couches précédentes de cette dame ;

Attendu que la manière de procéder du médecin surprit, dès le commencement, les personnes présentes, et leur inspira des doutes sur sa compétence ; qu'il fut manifeste pour elles que le maniement du forceps ne lui était pas familier ; qu'il n'avait aucune notion de la position que devait avoir la patiente dont il laissait les jambes basses le long du lit ; que le mari et la dame Houbert crurent même devoir intervenir pour lever et maintenir les jambes pendant que l'opérateur appliquait le forceps, et que la sage-femme ne put s'empêcher de dire : « Nous sommes mal tombés ».

Attendu que trois applications du forceps furent faites mais sans résultats ; que les témoins présents à l'accouchement déposent du trouble, de l'agitation du prévenu qui, après l'insuccès du forceps, dit à plusieurs reprises : « Je suis au bout de mon rouleau ».

Attendu qu'on lui proposa d'aller chercher un autre médecin pour l'assister, qu'il se borna à répondre : « Attendons » ; qu'il dit alors à la sage-femme : « Il n'y a plus qu'à perforer le crâne de l'enfant qui doit être mort » ;

Attendu qu'après avoir vérifié l'un et l'autre qu'on ne sentait plus les battements du cœur de l'enfant, Laporte se mit en devoir de pratiquer la craniotomie, mais qu'il n'avait aucun des instruments employés d'ordinaire pour cette opération ; qu'il essaya d'abord de se servir de la pointe de son forceps qui était trop courte, qu'ayant demandé à Fresquet un instrument quelconque, celui-ci lui apporta la boîte à outils dans laquelle Laporte prit d'abord un porte-étiquette et un équarissoir, qui ne lui parurent pas utilisables, puis une aiguille à matelas, à bout pointu, aplati et recourbé, dont il crut pouvoir se servir ;

Attendu que, sans l'aseptiser ou la tremper dans l'eau bouillante, il introduisit d'une main cette aiguille dans le vagin, se bornant de l'autre à écarter les lèvres des parties génitales de la patiente et chercha à plusieurs reprises à piquer le crâne de l'enfant ;

Attendu qu'ayant retiré l'aiguille, sans vérifier quel avait été le résultat de ces piqûres, Laporte prit alors dans la boîte à outils un ciseau à froid et un marteau, et qu'ayant appliqué le ciseau sur la tête de l'enfant qui, disait-il, avait la boîte cranienne dure, il frappa avec le marteau sur le ciseau ; mais qu'à ce moment Fresquet et la dame Houbert, émotionnés et outrés intervinrent et lui arrachèrent le ciseau et le marteau des mains ;

Attendu que presque aussitôt la femme Fresquet, cessant d'être sous l'action du chloroforme, fit un mouvement, une contraction ; que la tête de l'enfant parut à la vulve ; qu'elle fut signalée par Fresquet au médecin qui ne la voyait pas et qui, appliquant une dernière fois le forceps ne tarda pas à retirer le corps ;

Attendu que le médecin se disposait à partir sans délivrer la femme, mais que la sage-femme, craignant une hémorrhagie, l'obligea à terminer son opération ;

Attendu qu'aussitôt après avoir fait quelques recommandations au sujet des soins à la malade, il se retira et ne revint plus ;

Attendu cependant que la dame Fresquet ne tarda pas à présenter les symptômes d'une maladie grave, consécutive à l'accouchement ; que, visitée le lendemain par le Dr Ballouchez, son état fut jugé si sérieux que son transport immédiat à l'hôpital fut décidé ; qu'elle y mourut le 14 septembre à huit heures du matin :

Attendu que l'autopsie de l'enfant a révélé sur le pariétal droit une plaie et perforation ayant laissé s'écouler une petite quantité de matière cérébrale ;

Attendu, d'autre part, que l'autopsie de la dame Fresquet a conduit le médecin commis aux conclusions suivantes : « La mort de Mme Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie. Cette double perforation a été faite avec un instrument piquant, tel que l'aiguille placée sous scellés » ;

Attendu que l'expert ajoute que ces différentes lésions ont été reconnues par l'inculpé au cours de l'autopsie à laquelle il assistait ;

Attendu que ces conclusions sont confirmées par M. le

Dr Maygrier, expert commis, qui a vu les pièces anatomiques et est d'accord avec son confrère pour déclarer que la double perforation de la vessie est le résultat de la piqûre d'un instrument pointu comme l'aiguille à matelas saisie, qui a traversé la vessie pour atteindre le péritoine et déterminer ensuite une péritonite mortelle;

Attendu, il est vrai, que M. le Dr Pinard a contesté à l'audience ces constatations et conclusions; qu'il estime qu'à raison du long travail de l'enfantement, les perforations de la vessie se seraient probablement produites spontanément; qu'elles peuvent aussi avoir été déterminées par des aiguilles osseuses;

Mais, attendu que les experts, tant dans leur déposition orale que dans une note complémentaire remise à l'audience pour préciser et justifier leur opinion, ont déclaré que l'examen minutieux des organes de la dame Fresquet ne permet pas de considérer les perforations constatées comme des ruptures spontanées; qu'il est de plus impossible que les lésions de la vessie, à la place où elles se trouvaient, aient été causées par des aiguilles osseuses, qui, d'ailleurs, dit le Dr Socquet, n'existaient pas dans le bassin;

Attendu que le tribunal placé entre des constatations faites sur les organes et des conclusions qui en découlent, d'une part, et, d'autre part, une argumentation basée sur des hypothèses, des conjectures et des raisons théoriques, ne peut hésiter à faire confiance aux premières émanant d'hommes de l'art distingués et expérimentés, agissant en vertu d'un mandat de justice;

Attendu qu'étant admis par le tribunal que les perforations de la vessie ont été faites par l'aiguille à matelas dont s'est servi Laporte, il y a lieu d'examiner en droit et en fait si les procédés et opérations du prévenu, qui ont amené cette lésion dont la mort a été la conséquence, le rendent passible des dispositions de l'article 319 du Code pénal;

Attendu, en droit, que les termes généraux de cet article s'appliquent à toutes personnes, quel que soit leur art ou leur profession, par conséquent, au médecin et à l'opérateur qui, dans l'exercice de sa fonction, se rend coupable de faute et de négligence graves; qu'il est certain que les tribunaux doivent user avec prudence des pouvoirs que la loi leur confère; que l'appréciation des théories, des opinions, des systèmes leur échappe et qu'ils ne peuvent se rendre juges du diagnostic, de l'opportunité d'une opération, du plus ou moins de dextérité avec laquelle elle est faite, de la valeur d'un procédé comparé à un autre, de l'opportunite de telle ou telle médicamentation; mais que leur action commence et s'exerce là où il y a, de la part du médecin, faute lourde, négligence, légèreté, impéritie ou ignorance des choses que tout homme de l'art doit nécessairement savoir; que telle est est la doctrine de M. le procureur général Dupin dans le réquisitoire dont une partie a été lue à l'audience.

En fait:

Attendu que Laporte, quoiqu'il se présentait aux habitants du quartier de Charonne comme accoucheur (il avait fait apposer à sa porte une plaque avec ces mots: « Médecin et accoucheur »), n'avait rien moins que des connaissances pratiques en la matière; qu'en dehors des opérations de cette nature, qu'il avait pu faire à l'hôpital, alors qu'il était étudiant, il n'avait opéré, depuis 1896, que deux accouchements; que, pour ceux-ci, l'application du forceps n'avait pas été nécessaire;

Attendu, d'autre part, qu'il n'avait jamais fait de craniotomie: qu'ainsi, sa pratique des opérations obstétricales était presque nulle;

Attendu que son inexpérience s'est d'ailleurs accusée aux yeux de tous, notamment de la sage-femme, dès son arrivée chez la dame Fresquet; que, sans parler de l'administration du chloroforme, qui paraît avoir été faite sans surveillance, la manière dont Laporte se servait du forceps, la position dans laquelle il laissait la parturiente, et qui a déterminé l'intervention du mari et de la femme Houhert, ont révélé qu'il n'avait aucune notion de ce qu'en pareille circonstance un médecin doit faire et savoir, et ont motivé le propos de la sage-femme relevé ci-dessus;

Attendu que l'incohérence, la maladresse des actes de Laporte et son excitation étaient telles que la dame Maitrepierre crut devoir, à un moment donné, lui demander s'il était souffrant, et, qu'après l'application infructueuse du forceps, il dut reconnaître « qu'il était au bout de son rouleau »;

Attendu que, dans ces conditions, se trouvant en présence d'une opération grave, la craniotomie, qu'il n'avait jamais faite, les instruments *ad hoc* lui manquant, il devait, ainsi que le lui conseillaient les personnes présentes, envoyer l'une d'elles chercher un autre médecin ou tout au moins tenter d'en trouver un pour l'assister; qu'en ne le faisant pas, il a commis une faute grave qui peut lui être reprochée pénalement;

Attendu, de plus, qu'en pratiquant la craniotomie, il a fait preuve d'une impéritie et d'une ignorance manifeste des choses que tout homme de l'art doit savoir;

Attendu, en effet, qu'il est élémentaire et enseigné dans tous les traités sur la matière, que le chirurgien, qui fait cette opération, doit introduire sa main gauche dans le vagin; que les doigts doivent prendre contact avec la tête fœtale, autant que possible maintenue stable par la main d'un aide placée sur le ventre, et que le perforateur, tenu par la main droite de l'opérateur, doit être guidé et appuyé jusqu'à la place où il agira, sur les doigts, indicateur et médium de la main gauche; que dans le cas où la tête de l'enfant est près de la vulve, on peut se dispenser d'introduire la main, mais que tout au moins les deux doigts, indicateur et médium, doivent conduire et diriger l'instrument;

Attendu que cette manière de procéder, mise en pra-

tique par tous les médecins-accoucheurs, a pour but non seulement d'assurer le succès de la perforation, mais encore de protéger les organes de la femme de toute déchirure ou rupture que le défaut de direction de l'instrument amènerait presque fatalement;

Attendu que ces règles prescrites et observées dans les opérations faites avec des instruments appropriés sont encore plus impérieuses lorsque le praticien a en mains, comme Laporte, un instrument, disent les experts, défectueux, difficile à manier et à diriger avec sûreté en raison de sa ténuité et dont les échappées étaient très à craindre;

Or, attendu que l'information et les débats ont recueilli les déclarations nettes, formelles que rien ne peut faire suspecter des dames Houbert et Delanoe qui étaient auprès de la parturiente et qui déclarent formellement que lorsque Laporte a introduit l'aiguille à matelas, il ne l'a dirigée ni avec la main ni avec les doigts;

Attendu que la demoiselle Maitrepierre dit, il est vrai, pour l'aiguille, « il me semble qu'il a introduit un doigt mais je ne puis l'affirmer ». Mais qu'elle explique que placée en arrière de la dame Fresquet, dont elle maintenait la tête sur son bras, elle n'a pas pu bien voir ce qui se passait en avant;

Attendu qu'en admettant cette déclaration formulée à l'audience sous la forme la plus dubitative et qui ne peut dès lors infirmer les déclarations précises des dames Houbert et Delanoe, le Dr Laporte n'aurait introduit qu'un doigt pour diriger l'aiguille, ce qui est manifestement insuffisant et inopérant pour empêcher de glisser à droite ou à gauche sur les organes de la femme;

Attendu, au surplus, que les déclarations du Dr Laporte à l'instruction constituent sur ce point des aveux de sa faute; qu'en effet, confronté avec la sage-femme, il déclare: « Je crois que c'est avec l'aiguille à matelas que j'ai perforé le crâne, mais je n'ai pas mis le doigt pour le vérifier. J'ai le souvenir d'être allé, à un moment donné, un peu trop loin avec mon aiguille, mais je ne me suis jamais rendu compte d'être allé aussi loin que l'autopsie l'a démontré »;

Attendu que Laporte reconnaît aussi ne pas avoir conduit ni dirigé l'aiguille, puisqu'il ne s'est pas rendu compte jusqu'où elle était allée ni si elle avait perforé le crâne;

Attendu que M. le Dr Pinard estime que le prévenu a dû guider l'aiguille, parce que si elle ne l'avait pas été, l'autopsie aurait révélé des désordres au cul-de-sac vaginal, alors qu'il en résulte qu'il était intact;

Attendu que M. le Dr Maygrier a répondu qu'il ne pouvait être aussi affirmatif que M. le Dr Pinard et qu'il y a d'ailleurs lieu de considérer que Laporte ouvrait, d'après les témoins, la vulve avec les doigts de la main gauche, pendant qu'il introduisait l'instrument de la main droite et qu'ainsi il a pu se diriger jusqu'à l'organe dont il est question sans l'atteindre;

Attendu qu'il est démontré pour le tribunal que le Dr Laporte a ainsi contrevenu aux règles élémentaires de l'art; qu'il a commis une imprudence, une négligence opératoire qui constitue une faute lourde, laquelle a été la cause directe et involontaire de la mort de la dame Fresquet;

Attendu que, sans qu'on puisse retenir pénalement cet élément, le présent jugement ne peut pas ne pas relever comme une nouvelle preuve de son incapacité et du désarroi de son esprit, l'usage inutile, inconsidéré et cruel du ciseau et du marteau;

En ce qui touche à l'application de la peine:

Attendu qu'il y a lieu de tenir compte au prévenu de l'honorabilité de sa vie, des difficultés de ses débuts, de l'impossibilité où l'a mis l'absence de clientèle d'acquérir l'expérience de son art, de son état d'esprit, de son agitation, de son émotion même lorsqu'en présence des complications qui survenaient, il s'est senti désarmé, obligé cependant de rester auprès de la malade et de l'assister jusqu'à sa délivrance par devoir et humanité;

Par ces motifs,

Condamne Laporte à trois mois de prison avec le bénéfice de la loi de sursis;

Le condamne aux dépens.

Les lecteurs sont beaucoup plus compétents que nous pour apprécier ce jugement au point de vue scientifique. Mais, en droit, nous tenons à déclarer hautement que nous ne pouvons admettre la décision du tribunal.

Le jugement estime « que l'action des tribunaux commence et s'exerce là où il y a de la part du médecin faute lourde, négligence, légèreté, impéritie ou ignorance des choses que tout homme de l'art doit nécessairement savoir; que telle est la doctrine de M. le procureur général Dupin dans le réquisitoire dont une partie a été lue à l'audience ».

Nous croyons utile de mettre ce passage sous les yeux des lecteurs; ceux-ci verront que M. Dupin, procureur général près la Cour de cassation, envisageait d'une façon beaucoup plus large que ne l'a fait la neuvième chambre, la question de responsabilité pénale des chirurgiens, puisqu'il estime que les tribunaux n'ont pas à se faire juges de l'opportunité d'une opération, de l'adresse ou de la malhabileté de l'opérateur, de l'utilité de tel ou tel instrument.

« Il ne s'agit pas, dit-il, de savoir si tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préférable, si telle opération était ou

non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à la hasarder, *adresse* ou *ma'habi'eté* à l'exécuter, *si avec tel ou tel autre instrument, d'après tel ou tel autre procédé, elle n'aurait pas mieux réussi*. Ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs, et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile, ni *tomber sous l'examen des tribunaux* » (DALLOZ : mot *Responsabilité*, p. 317.)

Le tribunal correctionnel de la Seine ne s'est pas conformé à cette sage doctrine, puisqu'il critique l'instrument dont s'est servi le Dr Laporte et se fait juge du degré d'habileté de ce dernier.

Qu'il nous soit ici permis de faire très respectueusement observer à nos magistrats qu'ils ne sont pas heureux lorsqu'ils s'engagent sur un domaine scientifique qui leur est aussi étranger que possible.

On demeure en effet stupéfait, lorsqu'on voit des juges condamner un jeune médecin pour n'avoir pas eu de nombreux clients, et surtout pour avoir commencé par les premières opérations au lieu d'aborder immédiatement les dernières, ce qui leur donnerait beaucoup plus d'expérience. Il serait cruel d'insister plus longtemps.

Les deux griefs principaux sur lesquels le jugement établit la faute lourde qui aurait été commise par le Dr Laporte sont, d'une part de ne pas s'être fait assister par l'un de ses confrères, d'autre part de n'avoir pas conduit avec la main gauche l'aiguille dont il se servait pour l'opération.

Le premier grief ne résiste pas à l'analyse ; le Dr Laporte se trouvait en présence d'un cas désespéré; il fallait opérer immédiatement, et du reste rien ne l'obligeait à se faire assister par l'un de ses confrères ; le diplôme de docteur médecin lui avait été conféré, il pouvait donc tenter l'opération et c'est ce qu'il a fait avec un courage professionnel digne d'éloge.

Quant au deuxième grief, nous ferons tout d'abord remarquer qu'il s'agit d'apprécier une manière de pratiquer une opération chirurgicale, question qui doit échapper totalement à l'examen des tribunaux.

Mais il y a plus, ce grief n'a pas été établi.

Les juges basent leur appréciation sur les dépositions des témoins qu'ils considèrent comme paroles d'évangile, au point de les empêcher de tenir compte de l'avis très autorisé de nos savants les plus distingués en matière obstétricale.

Or, les dépositions des témoins se contredisaient et étaient en contradiction avec la matérialité même des faits. Le doute devait donc au moins s'emparer de l'esprit des juges et en pareille circonstance l'abstention était de rigueur.

En effet, sur quatre témoins de l'accouchement, le mari déclarait ne pouvoir rien dire sur la manière dont l'aiguille avait été dirigée ; les femmes Houbert et Delanoe, très affirmatives, assuraient que le docteur enfonçait d'une seule main aussi bien le forceps que l'aiguille ; la sage-femme déclarait enfin que le Dr Laporte avait conduit l'aiguille avec un doigt. La contradiction existant entre les dépositions des deux commères et celle de la sage-femme était de nature à rendre le tribunal d'une prudence extrême. Mais ce sentiment de prudence devait se changer en une conviction très ferme, celle que les deux témoins avaient été très certainement abusés par leurs sens, puisqu'ils affirmaient que le forceps avait été introduit brutalement avec une seule main, alors que les pièces anatomiques ne présentent aucune lésion et que cette introduction du forceps, faite avec une seule main, avait été déclarée matériellement impossible, tant par M. le Dr Maygrier (pourvu d'un mandat de justice), que par M. le professeur Pinard, membre de l'Académie de médecine.

Nous ne parviendrons jamais à nous expliquer comment les juges ont pu admettre que les témoins se trompaient certainement en ce qui concerne le forceps, mais devaient être crus sur parole en ce qui concerne l'aiguille.

Ils étaient d'autant moins fondés à faire cette distinction que M. le Dr Pinard, avec la grande autorité qu'on se plaît à lui reconnaître en matière d'obstétrique, avait daigné venir expliquer aux juges que le Dr Laporte n'avait pas pu introduire l'aiguille avec la main droite sans le secours de sa main gauche.

Le doute n'était pas possible et le Dr Laporte devait être lavé de l'accusation qui pesait sur lui.

Nous nous refusons à croire, comme certains publicistes l'ont écrit, que le jugement a été rendu pour justifier la conduite plus que sévère de M. le juge d'instruction à l'égard de M. le Dr Laporte.

On se rappelle, en effet, que l'infortuné docteur a fait plus de huit jours de prison préventive, et que sa liberté sous caution avait été obtenue avec beaucoup de peine.

Le jugement n'a pu faire autrement que de rendre hommage à la parfaite honorabilité du Dr Laporte, qu'un rapport de police représentait comme déséquilibré parce qu'il travaillait sans cesse. Nous pensons

que la neuvième chambre a voulu par là infliger un blâme au juge d'instruction, car, il semble rigoureux de mettre en prison préventive un docteur pauvre, il est vrai, mais travailleur et honorable.

Si on incarcère les honnêtes gens, que fera-t-on des pires malfaiteurs? On commencera à les inquiéter à partir de leur vingtième crime, répondent les méchantes langues.

M. le Dr Laporte a fait, paraît-il, appel du jugement rendu par les juges du premier degré; nous souhaitons bien vivement que la cour d'appel réduise ce jugement à l'état de cadavre; nous en ferons alors l'autopsie avec joie.

P. Coradin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 octobre. — Présidence de M. Delens.

M. Nimier, au nom de **M. le Dr Sieur** (du Val-de-Grâce), remet une observation de péritonite suraiguë généralisée consécutive à la perforation d'un ulcère du pylore. M. Schwartz est nommé rapporteur.

Comment faut-il intervenir dans l'occlusion intestinale?

(*Suite de la discussion.*)

M. Poirier. — Ce que je viens dire aujourd'hui sera, en partie, la répétition de ce que mes collègues ont déjà dit. Il n'y a pas de méthode d'intervention de choix dans les cas d'occlusion intestinale. Le mode d'intervention varie avec les circonstances devant lesquelles se trouve le chirurgien. Tout le monde convient que la laparotomie est l'opération idéale, puisqu'elle permet la cure radicale de l'occlusion. Mais tout le monde convient aussi qu'il faut absolument se résoudre à l'anus contre nature, s'il est impossible de faire mieux. Pour ma part, je me suis toujours bien trouvé de l'anus contre nature et j'ai eu à me repentir deux fois d'avoir fait la laparotomie. La façon dont il faut intervenir dans l'occlusion intestinale est une question de flair chirurgical.

Je répéterai encore ce qui a été dit de l'obstruction intestinale consécutive à l'hystérectomie vaginale. En pareil cas, un procédé excellent consiste à détacher les adhérences intestinales aussitôt qu'on les soupçonne à l'aide du doigt mis dans le vagin. J'ai deux exemples personnels qui justifient cette conduite.

D'autre part, depuis trois ans, j'ai rencontré à l'Ecole pratique trois cadavres de femmes qui avaient subi l'hystérectomie vaginale et étaient mortes de maladies intercurrentes. Chez elles, j'ai examiné avec soin la cicatrice pelvienne. Dans un cas, j'ai trouvé une cicatrice absolument libre. Dans un autre cas, j'ai rencontré une longue adhérence celluleuse qui reliait la cicatrice pelvienne à la face postérieure du cæcum. Sur un troisième cadavre enfin, l'anse oméga était soudée à la cicatrice. Mais aucune de ces malades, je le répète, n'était morte d'occlusion.

Néanmoins, puisque ces adhérences de l'intestin à la cicatrice pelvienne sont, en somme, assez fréquentes, et puisqu'elles prédisposent les malades à l'occlusion, il est urgent de les prévenir. Pour cela, je crois nécessaire de mobiliser le plus tôt possible l'intestin des malades, après l'hystérectomie. Pour ma part, je donne un purgatif dès le second jour, je continue à mobiliser chaque jour l'intestin par des purgatifs répétés, mais peu abondants, c'est là une pratique dont j'estime avoir toujours retiré les meilleurs effets.

M. Reynier. — Je ne prolongerai point cette discussion, nous sommes tous d'accord quant au fond de la question. Nous ne différons que dans la forme, chacun de nous exprimant plus ou moins subtilement sa pensée.

J'ai ainsi entendu un de nos collègues dire que le diagnostic de la cause de l'occlusion était le plus souvent très difficile, c'est là trop de modestie. Evidemment, il y a des cas où le diagnostic étiologique n'est pas certain, mais où les probabilités sont tellement bien assises qu'elles tiennent lieu de certitudes et sont suffisantes pour guider le choix de l'intervention. Il ne reste, en vérité, que très peu de cas d'occlusions, pour lesquelles nous ne connaissions absolument pas la cause de l'occlusion. J'ai, au milieu de nombreux cas d'occlusion qui se présentent dans mon service de l'hôpital Lariboisière, le souvenir de quatre cas seuls où le diagnostic de la cause n'ait pas été connu ni même soupçonné.

J'en reste donc, aujourd'hui, à ces seuls cas difficiles. Dans de pareils cas, nous dépassons, me semble-t-il, notre pensée quand nous parlons de l'opération de choix qu'il convient de faire. Les opérations à faire sont ici commandées le plus souvent par les conditions dans lesquelles nous nous trouvons pour opérer et dans lesquelles se trouve le malade. Il est évident que M. Segond devant opérer un malade atteint d'occlusion et déjà très déprimé, dans une chambre d'hôtel, ne pouvait faire qu'un anus contre nature. Nous aurions tous fait comme M. Segond. Ailleurs, nous aurions peut-être tous fait la laparotomie.

Mais je ne saurais être de l'avis de M. Félizet, quand il vient nous dire que l'anus contre nature est l'intervention de choix pour combattre l'occlusion. L'anus ne doit être fait qu'à la dernière extrémité. C'est une solution déplorable à laquelle peu d'entre nous voudraient se résoudre, le cas échéant. Personnellement, on me l'a proposé, dans un cas de parésie intestinale, et je me suis bien gardé d'accepter cette triste infirmité à laquelle j'aurais préféré la mort.

Il faut bien s'imaginer que l'anus artificiel est la pire des choses. Il faut le surveiller avec soin. Il s'accompagne quelquefois de diarrhées graves. Ce n'est donc pas une opération bénigne et surtout, quoi qu'on dise on ne referme pas toujours cet anus avec facilité.

C'est donc une opération de nécessité et non de choix, nous la pratiquerons lorsque nous y serons obligés en préférant toujours la laparotomie si nous sommes dans de bonnes conditions de milieu et si le malade est capable de supporter la laparotomie.

M. Poirier dit qu'il s'est repenti deux fois d'avoir fait la laparotomie au lieu de l'anus iliaque. Je me reproche, à l'encontre de notre collègue, d'avoir fait quelquefois des anus iliaques là où la laparotomie m'aurait donné des succès. Je me rappelle, en particulier, un malade de l'hôpital Tenon chez lequel j'ai fait le diagnostic de l'occlusion sans pouvoir en reconnaître la cause. J'ai fait un anus iliaque et le malade est mort. A l'autopsie, nous avons trouvé un kyste du mésentère. Ce kyste, mobile, avait déterminé l'occlusion par compression et le malade était mort de phénomènes d'occlusion récidivés. Si j'avais fait d'emblée la laparotomie, fait l'ablation du kyste qui aurait été facile et peut-être mon malade serait-il guéri.

En définitive, je pense que la laparotomie restera toujours la méthode de choix dans le traitement de l'occlusion. Encore faudra-t-il que les malades puissent la supporter et qu'elle soit faite dans de bonnes conditions opératoires.

Deux cas de grossesse extra-utérine.

M. Picqué. — Il s'agit d'abord, dans une première observation présentée par M. Rochard, d'un cas de grossesse intra-péritonéale guérie par la laparotomie.

Une femme de 25 ans entre, le 3 février 1896, dans le service de M. Périer, pour leucorrhées et douleurs hypogastriques. Pas de grossesses antérieures. En 1894, blennorrhagie suivie de métro-salpingite traitée par le curettage. En janvier 1896, la malade a des menstrues abondantes accompagnées de douleurs dans le bas ventre et de vomissements. On la met au repos, les douleurs continuent. On dilate le col, on fait un curettage le 19 février: persistance des vomissements, tuméfaction à droite de l'utérus, diagnostic de salpingite et l'opération est décidée.

Laparotomie le 28 mars. Dans la fosse iliaque droite, tumeur grosse comme une orange, difficile à décortiquer. On constate qu'elle n'est retenue par aucun pédicule. L'utérus est de volume normal et les annexes paraissent normaux.

Finalement on découvre l'œuf contenant un embryon de deux mois et demi. Il s'agissait donc d'une grossesse extra-utérine de la variété intra-péritonéale.

Ce fait est rare; d'habitude la grossesse extra-utérine est primitivement tubaire et devient intra-péritonéale secondairement, par rupture de la trompe.

Je regrette que l'examen histologique de la pièce de M. Rochard n'ait pas été fait, mais le diagnostic de la grossesse extra-utérine a été particulièrement difficile dans le cas présent et l'intervention a été très bien conduite.

Une seconde observation a été rapportée encore par M. Rochard. Elle a trait à une femme atteinte de grossesse extra-utérine avec fœtus macéré de sept mois et demi, pour laquelle M. Rochard a fait la laparotomie et obtenu la guérison. M. Rochard, dans ce dernier cas, dit qu'il s'agissait d'une grossesse tubo-ovarique. Il est regrettable, qu'ici encore, l'examen histologique n'ait pas été fait. M. Rochard nous dit qu'il a pu, dans son opération, extirper complètement la poche sans extirpation, parce que la circulation placentaire était suspendue.

M. Rochard s'est demandé s'il fallait, dans des cas semblables, faire la castration double. Je me suis toujours opposé, pour ma part, à cette double ovariotomie.

M. Routier. — Il ne faut nullement enlever la trompe et l'ovaire du côté sain, en pareil cas, pour prévenir de nouveaux accidents. J'ai opéré quatre malades atteintes de grossesse extra-utérine, qui ont eu des enfants depuis.

M. Hartmann. — J'ai opéré une malade chez laquelle j'ai trouvé un ovule en voie de développement appendu à une frange du pavillon de la trompe. N'était-ce pas là un commencement de grossesse intra-péritonéale !

Dans sa thèse, que j'ai inspirée, Paquy a montré que la muqueuse de la trompe, dans laquelle s'était développé un kyste fœtal, était absolument saine, sauf dans le point d'insertion du kyste. Les cils vibratiles, eux-mêmes, ne disparaissent pas.

La trompe n'est donc pas nécessairement lésée dans les cas de grossesse extra-utérine. Il ne faut donc point *a fortiori* faire la castration double en pareil cas. D'ailleurs, n'a-t-on pas vu des grossesses extra-utérines chez les animaux qui n'ont point présenté encore de salpingites.

M. Picqué. — Je suis donc d'accord avec mes collègues sur l'opportunité de laisser les annexes du côté sain en place. Les observations rapportées par M. Hartmann sont intéressantes. Mais il me paraît difficile de dire si, dans le cas de M. Rochard, il y a eu au début greffe de l'œuf sur la frange du pavillon.

Rapport sur des observations envoyées par MM. Lafourcade et Pauchet.

1° Péritonite enkystée. — Laparotomie. — Guérison.

M. Richelot. — M. Lafourcade (de Bayonne) nous a envoyé l'observation d'une femme de 24 ans, chez laquelle il avait diagnostiqué un petit kyste hydatique du

foie. Mais comme la malade était alors atteinte de bronchite, il ne l'opéra pas. Plus tard, la malade fut atteinte de douleurs violentes au niveau de la tumeur et la tumeur disparut. Il y eut alors, en vérité, tous les signes d'une d'une péritonite, mais tout s'apaisa.

Plus tard encore, nouvelle poussée de péritonite avec vomissements, forte fièvre et ballonnement du ventre. M. Lafourcade pensa alors à une péritonite tuberculeuse, consécutive à la rupture d'un abcès froid sous-hépatique. Il fit une ponction, retira cinq litres de pus jaune verdâtre et obtint un soulagement. Onze jours après, nouvelle température de 39°. M. Lafourcade fait la laparotomie médiane, vingt et un jours après le début des accidents péritonitiques. Il trouve une péritonite purulente enkystée, l'intestin étant protégé par une membrane tomenteuse. Lavage de la cavité péritonéale, drainage; bonnes suites opératoires et la malade ne toussa bientôt plus.

Au point de vue du diagnostic clinique, la cause de cette péritonite circonscrite qui a guéri me paraîtrait donc avoir été due à une rupture moyenne d'un kyste du foie, c'est-à-dire, rupture tenant le milieu entre les grandes ruptures mortelles et les petites ruptures qui ne donnent que de l'urticaire.

2° Kyste de l'ovaire rompu deux fois dans l'intestin. — Laparotomie. — Fibrome utérin traité par l'énucléation simple. — Guérison.

C'est en second lieu, M. Pauchet (d'Amiens) qui nous a envoyé cette intéressante observation dans son opération, M. Pauchet n'a pas trouvé d'adhérences entre le kyste et l'intestin malgré les deux ruptures antérieures. Puis M. Pauchet a simplement fait l'énucléation du fibrome utérin sans hystérectomie; car, nous dit-il, le fibrome était sous-péritonéal et la cavité utérine n'avait point été ouverte.

Il y a là deux faits bien dignes d'attention : c'est d'abord cette absence d'adhérences entre l'intestin et la poche kystique qui s'y est rompu deux fois. Ceci me rappelle un cas de pyosalpinx qui s'était également rompu deux fois dans l'intestin, et pour lequel, donc, la laparotomie (aujourd'hui, en pareil cas, nous ferions l'hystérectomie vaginale) avait été très facile. Donc, dans ces cas anciens de rupture dans l'intestin de poches pelviennes kystiques ou suppurées, la laparotomie peut être essayée et peut être faite facilement.

3° Dix-neuf hystérectomies abdominales totales suivies de guérison.

M. Pauchet nous a envoyé un second travail dans lequel il nous donne le récit des 19 hystérectomies abdominales totales qu'il a faites depuis son installation à Amiens. 13 hystérectomies abdominales totales ont été faites pour fibrômes, 11 par le procédé que j'ai en l'honneur de vous décrire et dont la discussion est encore en cours, 1 par le procédé de Doyen, 1 par le procédé américain.

Six hystérectomies abdominales totales ont été faites pour annexites suppurées, dont deux par mon procédé, trois par le procédé américain. Dans la dernière, l'appendice cœcal adhérait et M. Pauchet a dû en faire simultanément la résection. Ce que je tiens à mettre en relief, enfin, c'est que M. Pauchet a eu, dans cette belle série de dix-neuf cas, une série ininterrompue de succès.

M. Pozzi. — Je ferai une petite observation. Je croirais volontiers que la malade de M. Lafourcade a été atteinte d'une péritonite à pneumocoques, dont nous connaissons tous la bénignité et j'insisterais plus que ne l'a fait M. Richelot sur la toux que la malade a présentée. Il y a eu, d'abord, probablement une affection pulmonaire et plus tard la péritonite compliquant la lésion du poumon. La longue durée de temps qui s'est écoulée dans l'intervalle est en faveur de cette explication. J'ai vu des malades atteintes de salpingites rester dix ans sans phénomène et se croire guéries, puis présenter subitement un abcès pelvien qui cédait à la simple incision du cul-de-sac postérieur.

M. Richelot. — Je me rangerai volontiers à l'hypothèse de M. Pozzi, d'autant mieux que le cas de M. Lafourcade rentre assez bien dans la catégorie des faits de péritonite que nous avons discutés cette année. Il aurait sa place à côté du cas de M. Malapert qui a été le point de départ de notre discussion. Si j'ai admis, ici, la possibilité de la rupture d'un kyste hydatique, c'est parce que ce diagnostic avait été d'abord porté. Mais je suis tout disposé à quitter ce diagnostic pour celui de M. Pozzi.

Luxation traumatique sus-pubienne de la hanche.

MM. Demons et **Bégouin.** — Rapportent un cas de luxation traumatique sus-pubienne de la hanche, où il leur a été possible de faire l'autopsie trente heures environ après l'accident, le malade, un alcoolique de 56 ans, étant mort de shock cinq heures après le traumatisme.

Cette autopsie de luxation sus-pubienne *récente* est, semble-t-il, la seconde connue dans la science; en plus des lésions classiques, MM. Demons et Bégouin ont rencontré une rupture de la veine circonflexe iliaque à son insertion sur l'iliaque; une infiltration sanguine qui allait de la fosse iliaque à l'anneau du troisième addneteur en avait été la conséquence. Le pectiné était rompu transversalement vers sa partie moyenne.

En se fondant sur l'examen microscopique, la tentative de réduction faite sur le vivant, la réduction opérée sur le cadavre, enfin sur des expériences faites avec des articulations disséquées, MM. Demons et Bégouin pensent que, contrairement à MM. Fargue et Reclus, qui sont partisans des méthodes de force pour la réduction des luxations sus-pubiennes, il faut dans cette variété de luxation

de la hanche comme dans les autres, s'adresser aux méthodes de douceur. Le procédé de Desprès lui convient, il suffit seulement de le modifier un peu.

Pour éviter que la luxation ne se transforme en intra-pelvienne, il faut, en effet, avant de fléchir la cuisse, exercer sur elle une traction en dehors et en haut, de façon à abaisser la tête fémorale. Alors, seulement, on fléchit la cuisse en exerçant en même temps une traction en haut et en dehors, on finit par un mouvement de rotation interne avec adduction et extension.

Tous ces temps doivent se succéder sans aucune brusquerie et constituer pour ainsi dire un mouvement ininterrompu.

Pendant le mouvement de rotation interne, il est nécessaire de maintenir la traction de la cuisse en dehors et en haut pour éviter que la tête fémorale, qui n'est plus retenue sur son côté interne par le pectiné rompu, ne se porte en dedans vers le trou ovale, sans cette précaution, la luxation sus-pubienne se transformerait en ovalaire au lieu de se réduire.

M. Lejars cite un cas de luxation ilio-pubienne vu à l'Hôtel-Dieu en 1893, pour lequel il a tenté la réduction sans succès et réduction qui l'a conduit à une règle de tentatives ressemblant à celles auxquelles a conclu M. Bégouin.

M. Kirmisson s'étonne que MM. Demons et Bégouin aient d'abord tenté de réduire par la traction sur le membre.

Présentations de malades.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POUR STÉNOSE PYLORIQUE

M. Tuffier. — Le malade que voici m'a été adressé par M. Hayem comme étant atteint de sténose du pylore consécutive à un ulcère de l'estomac. J'ai fait la laparotomie. Il y avait un épaississement tel de la paroi stomacale qu'il a été impossible, à moi, comme à tous ceux qui m'entouraient, de dire s'il s'agissait d'un ulcère ou d'un cancer. J'ai fait la gastro-entérostomie antérieure, ne pouvant, à mon grand regret, faire la gastro-entérostomie postérieure que j'ai coutume de faire.

J'insiste donc sur la difficulté du diagnostic dans certains cas entre l'ulcère et le cancer de l'estomac, même quand on a l'estomac sous les yeux, au cours de l'opération. Il y a des cas où la triade de symptômes, dont je fais d'habitude la pierre d'achoppement du diagnostic (vascularisation, ganglions, etc...), ne saurait être d'aucune utilité. Aujourd'hui, le malade de M. Hayem se porte à merveille, de cachectique qu'il était.

Chez un autre malade, j'ai rencontré, par la laparotomie, une induration considérable de la petite courbure, mais avec pareille difficulté pour y mettre une étiquette. Néanmoins, comme la tumeur était bien circonscrite, j'en ai fait l'extirpation par gastrectomie partielle, et j'ai abouché le pylore à ce qui restait de l'estomac. Et bien, chose curieuse, il nous a été encore impossible, pièces en main, de faire le diagnostic de cette tumeur.

M. Terrier. — Il est aujourd'hui classique d'admettre qu'il est très difficile de faire le diagnostic entre le cancer et l'ulcère et la triade de M. Tuffier se rencontre dans les deux cas.

Je ne crois pas que l'on soit autorisé à faire la gastrectomie dans les cas de doute. Je crois que là encore, il faut se contenter de la gastro-entérostomie. J'en ai deux cas récents qui m'ont donné deux succès par gastro-entérostomie, contre mon attente. Dans le doute donc, gastro-entérostomie, et s'il est permis de faire une résection de l'estomac, c'est plutôt la pylorectomie qu'il faudrait faire car il est établi, aujourd'hui, qu'elle donne une survie beaucoup plus longue que la gastro-entérostomie.

Enfin, il faut songer que, même après ces opérations, l'estomac reste encore malade et qu'il faut continuer à le soigner pendant un certain temps.

J'ai coutume de faire la gastro-entérostomie antérieure avec une série de petites précautions qui m'assurent toujours le bon fonctionnement de l'anastomose.

M. Michaux fait la gastro-entérostomie postérieure. Il a eu un cas récent de polyodénôme étendu à l'estomac et au colon transverse simultanément. Ce polyodénôme n'a été reconnu que par l'examen hystologique.

ABCÈS GAZEUX SOUS-PHRÉNIQUE

M. Lejars présente un malade qu'il a opéré, par incision, lavage et drainage, d'un abcès gazeux sous-phrénique dont la pathogénie est, comme c'est l'habitude en pareil cas, demeurée inexpliquée.

M. Gérard-Marchant présente un malade atteint d'ostéo-arthrite du cou-de-pied. Il lui a proposé l'amputation il y a dix-sept mois, tant l'aspect de la jointure était mauvais. Devant les instances du malade, M. Marchant s'est borné aux injections de chlorure de zinc selon la technique de M. Lannelongue et il a immobilisé le membre du malade dans un appareil de marche. Aujourd'hui, résultat surprenant par sa rapidité, le malade est guéri en ankylose.

M. Guillemain présente un malade qu'il a trépané pour accès d'épilepsie jacksonnienne. Il a enlevé une tumeur maligne, réséqué la dure-mère envahie et une portion de substance cérébrale. Aujourd'hui le malade est guéri fonctionnellement. Mais une nouvelle tumeur apparait dans la région temporale du même côté. Il n'y a pas encore d'accidents. Que faut-il faire ?

M. Pozzi présente les matériaux du pansement japonais employé et inventé pendant la guerre récente entre la Chine et le Japon. Il s'agit d'une poudre de charbon très légère, très absorbante et aseptique, qui est obtenue par la combustion lente de la paille de riz. Cette poudre peut avoir son utilité en chirurgie d'armée.

M. Reynier présente, au nom de M. Jonnesco, les photographies par rayons X de corps étrangers de la bronche gauche pour lequel M. Jonnesco a fait l'extirpation par trachéotomie. M. Berger est nommé rapporteur.

JEAN PETIT.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Tenue à Paris du 21 au 23 octobre 1897.

Séance du 22 octobre.

CASTRATION ET HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

M. Carlier (de Lille), *rapporteur*. — MM. Ramm (de Christiania) et White (de Philadelphie) sont les premiers chirurgiens qui proposèrent et firent la castration comme mode de traitement de l'hypertrophie de la prostate. C'est en établissant à tort une analogie entre l'hypertrophie prostatique et le fibro-myôme utérin, que ces auteurs eurent l'idée de remédier à l'hypertrophie prostatique par la castration, de même qu'on enlevait les ovaires dans les myômes utérins.

Les succès obtenus établissaient nettement les relations intimes qui existent entre la prostate et les testicules. C'était là, d'ailleurs, un fait connu depuis longtemps, puisqu'on retrouve dans Godart, Curling, Gosselin et Harrisson, des observations démontrant que, «chez les personnes castrées, la prostate arrive à un état rudimentaire ».

Mais cette solidarité entre le testicule et la prostate ne s'accuse guère avant la puberté; ce n'est qu'à ce moment que la prostate devient une vraie glande génitale, dont le développement marche de pair avec celui du testicule.

Cependant, le volume de la prostate n'est pas forcément en rapport avec celui des testicules. Ces derniers organes ne sont ils pas énormes chez le taureau, le bouc et le bélier, dont la prostate offre, par contraste, des dimensions minuscules?

En expérimentant sur le chien, on voit que la castration est ordinairement suivie de l'atrophie des éléments glandulaires de la prostate; mais cette atrophie ne se peut bien constater qu'à l'aide du microscope. Tous les expérimentateurs sont d'accord sur ce point (White, Kirby, Launois, Guyon, Legueu, Albarran, Bazy). Il ne faut surtout pas oublier la variabilité extrême du volume de la prostate dans l'espèce canine; c'est ce qui nécessite l'emploi du microscope pour affirmer l'atrophie des éléments glandulaires.

En examinant ce qui se passe chez l'homme soumis à la castration double, on constate souvent des résultats analogues.

Chez les eunuques, châtrés avant la puberté, la prostate ne se développe pas, elle s'atrophie le plus souvent chez l'individu pubère auquel on enlève les deux testicules.

Les résultats seraient moins probants lors de la castration unilatérale pratiquée sur un sujet adulte. M. Bazy croit qu'un seul testicule suffit pour maintenir l'intégrité prostatique; mais il ne paraît pas douteux que la castration unilatérale amène une atrophie du lobe prostatique correspondant (Lannois, Routier, Carlier).

C'est en se basant sur ces observations anatomiques et cliniques que l'on recourut à la castration double comme méthode curative de l'hypertrophie de la prostate.

Les malades opérés sont nombreux: on en compte actuellement plus de cinq cents. Les résultats obtenus sont extrêmement variables.

Il est des cas incontestables de guérison radicale, avec rétablissement intégral de la fonction urinaire, atrophie complète de la prostate, et même guérison des complications. D'autres malades ont recouvré la facilité de la miction, avec une simple diminution du volume de la prostate. Beaucoup n'ont éprouvé qu'une modeste amélioration de la fonction, et les insuccès complets sont fort nombreux.

L'opération paraît avoir une action décongestive manifeste sur la prostate; elle agit probablement aussi sur la contractilité vésicale, d'une part, en décongestionnant la vessie, d'autre part, par dynamogénie de l'organe inhibé. C'est ce qui permet d'expliquer, après l'opération, le retour rapide (quelques heures) de la miction spontanée, mais incomplète chez des malades qui, depuis plusieurs années, n'urinaient pas sans la sonde.

Bien que les résultats obtenus chez des malades opérés pour simple dysurie sans rétention, et chez des malades en rétention aiguë, aient été ordinairement très favorables, la castration ne doit pas être employée dans ces cas, qui sont très justiciables de l'emploi du cathétérisme bien conduit.

Si les insuccès sont nombreux, la mortalité consécutive à la castration double est également considérable. Elle atteint 19 0/0. On peut l'expliquer par le mauvais état général des malades, minés par de graves lésions rénales, qui auraient dû déconseiller toute intervention.

Il est actuellement impossible de supputer, à l'avance, les chances de succès d'une castration double. En effet, l'opération a réussi dans des cas où elle semblait contre-indiquée, et échoué dans des cas qui paraissaient très favorables. En outre, les résultats obtenus s'accordent mal avec nos connaissances actuelles sur les lésions de la prostate et de la vessie chez les prostatiques. Il est difficile d'expliquer la rétrocession des lésions de la pros-

tate si l'on accepte la théorie de Launois faisant de l'hypertrophie prostatique une conséquence de l'artério-sclérose. Si on admet, au contraire, que l'hypertrophie de la prostate est une cirrhose hypertrophique d'origine glandulaire (Albarran), on s'explique mieux l'atrophie de la prostate hypertrophiée après la castration. Or, le travail de M. Motz conclut dans ce sens, puisque 63 0/0 des prostates hypertrophiées devaient leur hypertrophie à l'abondance du tissu glandulaire.

Quant à l'artério-sclérose, on ne l'observerait pas dans les prostates dont le tissu glandulaire est très abondant, ni même dans les prostates dont le tissu glandulaire occupe seulement la moitié de la coupe.

Mais comment le chirurgien reconnaîtra-t-il que telle prostate doit son hypertrophie au développement du tissu glandulaire, plutôt qu'à celni dn tissu conjonctif ou musculaire, pour conseiller à son malade une opération qni lui répugne ? La clinique ne permet pas actuellement de répondre à cette question.

Il serait prématuré de porter un jugement définitif snr la valeur de la castration donble daus l'hypertrophie prostatique. Si cette opération compte des revers et des insuccès nombreux, elle a, à son actif, des guérisons dont l'authenticité est indiscutable. Elle a atrophié des prostates hypertrophiées, ce que n'a jamais pu faire la sonde. Elle provoque souvent une décongestion rapide de l'appareil prostato-vésical, et semble rendre plus facile le cathétérisme post-opératoire. Malgré ces avantages, cette opération n'est probablement pas appelée à un brillant avenir, à cause de l'incertitude de ses résultats et à cause de la répugnance qu'éprouveront toujours les malades à s'y soumettre.

Ligature et résection des canaux déférents chez les prostatiques. — C'est à Pavone, White, Isnardy, Guyon, Legueu, Englisch, que l'on doit les travaux parus sur cette question. Un testicule privé de son canal sécréteur ne s'atrophie pas tant qu'on respecte les autres éléments du cordon; mais la résection bilatérale des canaux déférents amène l'atrophie du tissu glandulaire de la prostate. Comme cette petite opération devait être mieux acceptée par les malades que la castration, on y eut recours contre l'hypertrophie prostatique.

Ici, encore, les résultats ont été des plus variables. Des malades ont été améliorés, en ce sens que les mictions ont été moins fréquentes et plus faciles; on cite même des cas de simili-guérison, mais les modifications survenues dans le volume de la prostate ont été bien souvent insignifiantes. Et que d'insuccès nombreux avec une opération toujours identique. Il semble cependant que les poussées congestives sont parfois conjurées par la résection des canaux déférents, et l'on cite des malades qui, opérés en pleine dysurie, ont pu, au moment même de la section des déférents, évacuer spontanément une certaine quantité d'urine. Pour expliquer une action aussi rapide, il faudrait faire intervenir le système nerveux, et admettre les expériences de Prjéwalski, qui affirme avoir obtenu l'atrophie de la prostate chez des chiens auxquels il avait simplement réséqué les nerfs du cordon spermatique, sans toucher au canal déférent. Dès lors, les résultats parfois obtenus chez des prostatiques par la section de déférents ne s'expliquent que parce qu'il y a en section simultanée des nerfs du plexus spermatique, et si la castration agit mieux et plus rapidement que la vasectomie, c'est parce que les filets nerveux du cordon sont tous intéressés lors de la section totale du cordon.

Quoi qu'il en soit, la résection des canaux déférents est une opération plus infidèle encore dans ses résultats que la castration double quand elle agit, ce serait en diminuant l'état congestif des prostatiques. Il est permis de croire que le cathétérisme bien conduit aurait souvent amené l'amélioration survenue chez certains malades après la vasectomie. Aussi, malgré sa bénignité et sa facilité d'exécution, nous ne croyons pas que la résection des canaux déférents soit appelée à un avenir plus brillant que celui de la castration double.

Résection des canaux déférents et hypertrophie prostatique.

M. P. Hamonic (de Paris). — Je présente une statistique opératoire de 11 cas, dans lesquels j'ai pratiqué la résection double des canaux déférents pour hypertrophie de la glande prostatique.

Dans 7 cas, le résultat thérapeutique a été positif, mais il s'agissait là de prostatiques congestifs ou atteints de subinflammation glandulaire superposée à l'hypertrophie, et l'élément pathologique d'où dépendaient surtout les accidents actuels était l'hypérémie.

Dans 2 cas, les résultats ont été moins positifs, mais les deux malades s'éloignaient de la série précédente et chez eux l'élément congestif était moins prédominant.

Enfin, chez deux prostatiques opérés *à froid*, c'est-à-dire en dehors de toute complication congestive surajoutée, le résultat a été absolument négatif.

M. Hamonic conclut que la vasectomie est inconstante dans ses effets et qu'elle paraît agir plus sur l'élément congestif que sur le tissu hypertrophique lui-même.

La résection des canaux déférents et l'hypertrophie de la prostate.

M. Loumeau (de Bordeaux). — J'ai, jusqu'à ce jour, pratiqué vingt et une fois la résection double et simultanée des canaux déférents chez des prostatiques atteints de rétention chronique d'urine, complète ou incomplète. Quatre de mes observations ont été communiquées, l'année dernière, au Congrès de Chirurgie. Dix-sept autres sont inédits. Dans tous les cas, l'opération n'a eu, au bout d'un laps de temps qui oscille entre trois et dix-sept mois, aucune influence sur la fonction urinaire ou géni-

tale, ni sur l'état de la prostate. Elle n'a procuré d'autres bénéfices à mes opérés que de prémunir, pour l'avenir, leurs testicules contre les orchites du cathétérisme, antérieurement constatées chez plusieurs d'entre eux.

M. Nicolich (de Trieste). — J'ai pratiqué, depuis 1895, 27 fois la résection des canaux déférents avec 8 guérisons, pour des malades qui n'avaient pas de rétention chronique, 14 améliorations ; dans 5 cas, je n'ai observé aucun changement dans les conditions des malades.

Je considère comme guéris les malades qui vident complètement leur vessie à chaque miction et qui ne souffrent plus ; tons les 8 cas guéris, que j'ai occasion de voir bien souvent, se portent bien, et trois d'entre eux m'assurent avoir pu continuer à avoir des rapports sexuels ; c'est un aveu spontané qu'ils m'ont fait sans être questionnés. La prostate de ces individus a diminué de volume, et, chez deux, on la sent à peine.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Concours des prix de l'internat (médaille d'or).

Voici la composition du jury :

Section de médecine : MM. Besnier, Lermoyez, Talamon, Danlos, Périer.

Section de chirurgie : MM. Picqué, Monod, Chevalier, Bouchard, Marchand.

Concours de l'internat.

Anatomie : MM. Brécy, 12 ; Ertzbischoff, 9 ; Lonste, 9 ; Wagon, 10 ; Guéniot, 14 ; Gouraud, 12 ; Mermier, 11 ; Gauckler, 10 ; Lippmann, 13 ; Roux, 11 ; Heller, 6 ; J. Girard, 14 ; Vivier, 9 ; Desjardins, 14 ; P. Dupuy, 10 ; Bizard, 8 ; Chevrier, 12 ; Petit, 13 ; Gentin, 11 ; Herscher, 12 ; Artaud, 5 ; Ferras, 6 ; Le Maguet, 10 ; Lobligeois, 9 ; Loubet, 13 ; Debret 10 ; Berthe, 5 ; Arloing, 12 ; Léo, 15 ; Aribat, 12.

Pathologie : MM. Heller, 11 ; J. Girard, 13 ; Le Couëdic, 8 ; Maurice Bloch, 7 ; Vivier, 10 ; Desjardins, 12 ; P. Dupuy, 9 ; Brécy, 14 ; Ertzbischoff, 8 ; Wagon, 5 ; Guéniot, 14 ; Gouraud, 12 ; Lippmann, 13 ; Mermier, 11 ; Gauckler, 10 ; Roux, 10 ; Alglave, 13 ; Saint-Cène, 11 ; F. Le Sourd, 13 ; L. Le Sourd ; 12 ; Bonnel, 12 ; Athanasiu, 9 ; Bardon, 5 ; Moricheau-Beauchant, 11.

ÉPREUVE ORALE DES CANDIDATS MILITAIRES

MM. Dupuy, 11 ; Desjardins, 16 ; Guéniot, 18 : Gauckler, 15 ; Gouraud, 17 ; J. Girard, 19 ; Lippmann, 13 : Brécy, 16.

Total des points : MM. Guéniot, 46 ; J. Girard, 46 ; Desjardins, 42 ; Brécy, 42 ; Gouraud, 41 ; Lippmann, 39 ; Gauckler, 35 ; Dupuy, 30.

Concours de l'externat.

L'ouverture de ce concours a eu lieu le 19 octobre. Les premières séances sont exclusivement réservées aux candidats militaires.

Conformément au règlement le jury s'est dédoublé en deux sections chargées, l'une de juger l'épreuve d'anatomie et l'autre l'épreuve de pathologie.

Section d'anatomie : MM. Caussade, Claisse, Guillemain, Thiéry.

Section de pathologie : MM. Mosny, Réuon, Mauclaire, Demelin.

Anatomie : MM. d'Heilly, 10 ; Farcy, 12 ; Giffard, 15 ; Ariès, 16 ; Arrault, 11 ; Demarque, 18 ; de Névrezé, 9 ; Bacaresse, 17 1/2 ; Dramard, 11 ; Raymond Duchamps, 8 ; Durey, 11 ; Duval, 17 1/2 ; Crépin, 15, Cornélins, 14 ; Goyard, 18 ; Bœlle, 14 ; Dejault, 10 ; Barbarin, 17 1/2 ; Dabasse, 17 ; Damaye, 14 : Dehérain, 17 1/2 ; Desplats, 7 ; Dreyer, 5 ; Ecoffet, 12 ; Brécy, 16 1/2 ; Ertzbischoff, 15 ; Barré, 13 ; Bernheim, 15 ; Rihet, 16 1/2 ; Cailleau, 17 1/2 ; Cattier, 14 ; H. Chevallier, 14 1/2 ; Papin, 15 1/2 ; Morel, 16 ; Liné, 16 1/2 ; Lemonnier, 15 ; Lippmann, 17 1/2 ; Vion, 9 ; Pater, 14 ; Patto, 19 ; Truelle, 8 ; Hubert, 15 ; Rabourdin, 14 ; Dreyfus, 9 ; Longin, 14 ; Podevin, 13 ; Marcel Roux, 18 ; Le Houx, 9 ; Nathan, 15 ; Wormser, 13 ; Van Vyve, 9 ; Marsoo, 15 ; Sari, 10 1/2 ; L. Lévy, 11 ; Vitry, 17 ; Taguet, 17 ; Lombard, 14 1/2 ; Toupet, 12 ; Rabuel, 8 ; Lœw, 16 ; Oppert, 11 1/2 ; Roustan, 15 ; Klein, 13 ; Lecerf, 10 ; Molinsky, 13 ; Renou, 16 ; Rhalli, 6 ; Mounamy, 10 ; Réniac, 10 1/2.

Pathologie : MM. Klein, 13 ; Wormser, 14 ; Loew, 17 ; Marcel Roux, 19 ; Van Vyve, 12, Papin, 16 ; Oppert, 15 ; Le Houx, 15, Sari, 13 ; Patto, 16 1/2 ; Houdart, 11, Pater, 15 ; Marsoo, 15 ; Liné, 16 ; Izard, 10 ; Podevin, 12, Vitry, 19 ; Hubert, 10 ; Roustan, 16 ; Nathan, 17, Lecerf, 11 ; Lombard, 15 ; Truelle 12 1/2 ; Lemonnier, 17 ; Longin, 16 1/2 ; Rabourdin, 18 ; Morel, 19 ; Rabuel, 13 1/2 ; Martin, 8 ; Taguet, 9 ; Schwarzschild, 10 ; Toupet, 15 ; Lippmann, 17 ; Dabasse, 11 ; H. Chevallier, 14 ; Dejault, 11 ; Cailleau, 15 ; de Névrezé, 15 ; Vion, 15 1/2 ; Crépin, 13 ; Brécy, 17 ; Dreyer, 11 ; Barbarin, 16 ; Arrault, 15 ; Cornélins, 18 1/2 ; Ecoffet, 18 ; Farcy, 11 ; Ertzbischoff, 17 ; Bibet, 16 ; Dehérain, 18 1/2 ; Giffard, 14 1/2 ; Damaye, 16 1/2 ; Duval, 18 1/2 ; Bernheim, 14 1/2 ; Marcel Dramard, 14 ; Barré, 13 1/2 ; Cattier, 14 ; Durey, 14 1/2 ; Bacaresse, 18 1/2 ; Ariès, 13 ; Demarque, 18 1/2 ; Goyard, 14 1/2 ; Bœlle, 8 ; Lévy, 16 ; Denis, 19 : Chazet, 13 ; Cellard, 10 ; Chahuet, 16 1/2 ; Damotte, 16 1/2 ; Demay, 10 ; Chapelle, 11 ; Castellon, 10 ; Delhos, 10 ; Dehau, 17 ; Coussieu, 12 1/2 ; Delage ; 16 ; Cochard, 13 1/2.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 45 6 Novembre 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

CHIRURGIE OCULAIRE

Diagnostic et traitement des kystes congénitaux de l'orbite.

Par le Dr Albert Terson, chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Parmi les tumeurs variées qui rendent le diagnostic de l'exophtalmie quelquefois si délicat, les kystes congénitaux de l'orbite forment une classe à part.

Leur diagnostic se fait par exclusion, car ils présentent des caractères pour ainsi dire négatifs, passifs, qui les font assez facilement reconnaître. Nous avons personnellement observé cinq fois des kystes dermoïdes de l'orbite et nous en avons déjà publié trois observations. (*Progrès médical*, 1892.)

C'est surtout en comparant ces cinq cas, dont plusieurs présentent des points communs, que nous allons exposer le diagnostic et le traitement de ces tumeurs orbitaires.

Il faut d'abord, comme nous le disions plus haut, noter l'absence d'un certain nombre de signes actifs qui caractérisent les autres lésions orbitaires. On n'observera donc jamais une exophtalmie de caractère inflammatoire. C'est dire que le *phlegmon de l'orbite*, la *phlébite orbitaire*, l'*empyème des sinus péri-orbitaires* avec lésions ostéo-périostiques, la *ténonite*, l'*actynomycose* seront d'emblée écartés. Il faudra cependant se rappeler que certains kystes peuvent éroder les os de l'orbite et envahir même les sinus osseux (Rosas, De Lapersonne). On s'attachera donc, dans ces cas-là, avec le plus grand soin, à éliminer le diagnostic de sinusite et, dans d'autres cas, d'abcès froids des os de l'orbite, vu la fluctuation qui est possible dans le cas de grand kyste.

On éliminera aussi l'exophtalmie spontanée qui existe bilatéralement en général dans le goitre exophtalmique et chez certains cardiaques; ces exophtalmies n'ont rien qui rappelle, même de loin, la présence d'une tumeur orbitaire.

Il en serait de même de la curieuse lésion dont il existe à peine quelques exemples dans la science et dont le premier cas a été signalé, il y a deux siècles, par Verduc qu'on oublie souvent de mentionner à ce sujet. Il s'agit de l'exophtalmie unilatérale qui se produit *en quelques instants* chez certains sujets, au moindre effort ou en penchant la tête en avant.

Comme lorsque l'œil rentre à sa place, il est même souvent plus enfoncé que normalement (énophtalmie), nous avons proposé pour cette affection le nom d'*énophtalmie et d'exophtalmie alternantes*. Quoiqu'il en soit, aucun de ces caractères ne peut coexister avec un kyste orbitaire.

Nous éliminerons aussi les exophtalmies de *cause traumatique*. Sans doute, comme nous l'avons vu plusieurs fois, les sujets atteints de kyste orbitaire accusent fréquemment l'existence d'un traumatisme antérieur (chutes, coups). Il est fort possible que ce traumatisme favorise l'accroissement du kyste congénital et nous savons qu'il en est de même pour les kystes hydatiques de l'orbite où le traumatisme est

trop fréquemment signalé, comme pour les autres kystes hydatiques, pour ne pas avoir une importance étiologique réelle, mais il n'y a rien qui rappelle les exophtalmies dues à de grands traumatismes (projectiles, corps étrangers, fractures, hématomes, volumineux emphysèmes, anévrysmes artério-veineux).

Il nous reste maintenant à étudier les caractères propres, distinctifs des kystes congénitaux de l'orbite pour les différencier nettement d'autres kystes orbitaires (hydatiques) et enfin des autres tumeurs orbitaires, surtout de celles dont l'accroissement est particulièrement lent (exostoses). Nous laisserons bien entendu de côté les kystes dermoïdes de la *queue du sourcil* ou ceux qui siègent au-devant du sac lacrymal *(kystes prélacrymaux)* et qu'on ne pourrait confondre pour ces derniers qu'avec un abcès froid ou une dacryocystite : leurs caractères sont connus. Notons seulement que des kystes dermoïdes identiques à ceux de la queue du sourcil peuvent se développer dans l'épaisseur de la *paupière* notablement au-dessous du sourcil, comme nous en avons observé un exemple chez un enfant; mais ces kystes sont toujours situés *plus haut que les chalazions* qui, on le sait, ne se développent que dans le tarse. On voit facilement qu'il s'agit de tumeurs *extra-orbitaires*.

L'âge des sujets est important à considérer; en effet, il s'agit presque toujours d'enfants ou d'adolescents. Néanmoins, certains kystes passent longtemps inaperçus. Ils ne prennent leur accroissement qu'à la puberté, ce qui cadre avec leur origine cutanée, vu l'accroissement général du système pileux à cette période; l'on sait que les kystes dermoïdes contiennent souvent des poils. Certains malades attendent également pour consulter que leur tumeur devienne gênante et il faut souvent de longues années pour cela. Aussi ne faut-il pas se baser uniquement sur l'âge pour le diagnostic des lésions congénitales.

Tout au plus y a-t-il une présomption lorsqu'il s'agit de jeunes sujets; l'âge de nos malades était le suivant : une petite fille de 10 ans, une petite fille d'un an, un homme de 36 ans, une femme de 25 ans, un homme de 65 ans.

Le sexe n'a donc pas une importance capitale, puisque Berlin a compté un nombre égal d'hommes et de femmes atteints.

Mais, tout comme pour les lipomes sous-conjonctivaux qui sont aussi d'*origine congénitale*, on doit se demander si le sexe féminin n'y est pas particulièrement prédisposé. Sur cinq lipomes sous-conjonctivaux que nous avons observés jusqu'ici, il s'agissait quatre fois de femmes ou de petites filles.

Les *caractères physiques* diffèrent notablement suivant que le kyste congénital est de *contenu séreux* ou que son contenu ressemble à *du mastic*.

Quand il s'agit de *kystes séreux*, le kyste siège presque toujours en bas; la paupière inférieure et le cul-de-sac sont tellement distendus que certains auteurs ont décrit, à tort du reste, ces kystes comme faisant partie des *maladies des paupières*.

On se trouve en présence d'une poche fluctuante, distendant la paupière comme une vessie dans toutes ses parties, et, comme la lésion est fréquemment bilatérale, on dirait de loin, à première vue, un énorme œdème des paupières.

Quand on examine l'œil, tantôt on le trouve normalement développé, tantôt atteint d'anomalie congénitale (coloboma); enfin, assez fréquemment, l'œil est peu développé (microphtalmie) ou même réduit à un si petit volume qu'il passe pour absent (anophtalmie); quelquefois, la tumeur adhère au globe de l'œil et en suit les mouvements. La tumeur se laisse repousser sans être véritablement réductible.

Quand il s'agit d'un kyste à contenu *mastic*, dermoïde par opposition aux précédents, mucoïde (Panas), le tableau est tout autre. On trouve une tumeur tendue, dure au point d'avoir une consistance quelquefois presque osseuse; la peau est généralement sans adhérence, à l'exception d'un cas où il y avait même une fistule (Sp. Watson). Le volume de la tumeur est variable. Ceux que nous avons vus offraient un volume allant d'une grosse noisette à celui d'une noix. Mais on en a vu dépasser le volume d'un œuf ; les os voisins sont quelquefois, comme dans les kystes séreux, légèrement érodés, exceptionnellement perforés au point que le kyste a pu pénétrer dans le sinus frontal. Dans un de nos cas, le kyste, bien que parfaitement libre dans l'orbite, se trouvait en partie logé, comme un œuf dans un coquetier, dans une cupule osseuse creusée dans l'apophyse nasale du frontal. C'est dire que la dépression osseuse n'est pas, comme on pourrait le croire, toujours en rapport avec le volume du kyste, puisqu'on trouve de très petits kystes avec une dépression osseuse. Il s'agit donc plutôt d'un arrêt de développement de l'os au niveau du kyste.

Le siège des kystes à contenu mastic est beaucoup plus variable que celui des kystes séreux qui sont à

peu près toujours inférieurs ou inféro-internes. Il se trouve tantôt dans l'angle interne et inférieur de l'orbite, tantôt dans l'angle interne et supérieur, tantôt dans l'angle externe et inférieur: nous avons observé chacun de ces siéges dans nos observations. L'état de l'œil est en général excellent.

Très exceptionnellement, dans les cas d'énormes kystes, il pourrait se produire de la stase par compression du nerf optique, donnant le tableau exophtalmoscopique d'un œdème passif de la papille.

On ne confondra pas ces tumeurs avec une *méningocèle*, très exceptionnelle, observée en général chez des enfants en bas âge, et coexistant souvent avec d'autres déformations.

Les *kystes hydatiques* pourraient induire en erreur, d'autant plus qu'on a constaté dans un cas de kyste hydatique la présence d'un bec-de-lièvre (Valude) et cette malformation pouvait provoquer le diagnostic de kyste congénital de l'orbite; mais les kystes hydatiques se développent rapidement et provoquent des lésions de *névrite optique*, de paralysies oculaires, de phlegmon de l'orbite. L'exophtalmie, même sans phlegmon, est la règle, ainsi que les douleurs. Les *cysticerques*, situés toujours dans la partie antérieure de l'orbite, provoquent fréquemment aussi des *phlegmons*. Rien de tout cela ne s'observe pour les kystes congénitaux et, au besoin, une ponction aspiratrice, avec une seringue à injections hypodermiques, lèverait les doutes. On trouverait, en effet, dans le cas de *kyste hydatique*, un liquide eau de roche, des crochets, peu ou pas d'albumine, du chlorure de sodium fort abondant; dans le cas de *kyste congénital séreux*, divers sels minéraux, des matières organiques, souvent des cellules caractéristiques, de l'albumine, et même du glucose.

Dans les cas de *méningocèle*, le liquide cérébro-spinal, privé de crochets, renfermerait surtout des carbonates, à la place des chlorures.

Parmi les autres tumeurs à contenu liquide, les *angiomes* sont à peu près toujours situés dans le fond de l'orbite et provoquent une exophtalmie considérable, quelquefois en partie réductible; leur point de départ est donc ordinairement plus profond que celui des kystes congénitaux, tandis que le point de départ des kystes congénitaux est essentiellement antérieur ou latéral. Rien de tout cela ne peut prêter à des erreurs de diagnostic.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs solides, le diagnostic pourrait quelquefois hésiter, vu la consistance de certains kystes dermoïdes. Chez les enfants, le diagnostic de l'exophtalmie présente certains caractères particuliers et mérite des détails spéciaux, d'autant plus qu'on peut observer l'exophtalmie même *chez le nouveau-né*. Arlt et d'autres auteurs ont publié quelques cas d'exophtalmie chez de très *petits enfants*. Il s'agit presque toujours de lésions *ostéo-périostiques*, le plus souvent d'origine syphilitique.

Chez l'adulte, les sarcomes périostiques, les cancers de la glande lacrymale, les ostéo-périostites syphilitiques, les lymphomes se caractérisent par un accroissement rapide qui ne ressemble en rien à celui des kystes congénitaux.

On pourrait quelquefois faire la confusion avec une *exostose* dont le développement est très lent et qui entraîne généralement l'exophtalmie progressive. Certaines sont pédiculées, d'autres sont sessiles et se développent en chou-fleur dans l'intérieur du frontal et même du crâne comme l'ouvrage de Mackensie en contient de beaux exemples avec figures à l'appui. On conçoit donc combien Dolbeau, déclarant que les exostoses orbitaires étaient à peu près toujours pédiculées, tenait peu de compte de faits antérieurs aux siens et combien M. Panas, à la suite d'un nouvel exemple analogue à celui cité par Mackensie, a eu raison de montrer que l'opinion de Dolbeau était excessive. Le diagnostic s'aidera considérablement d'abord de la constatation presque exclusive des exostoses chez l'adulte, puis de l'acupuncture qui tombera sur une tumeur osseuse; enfin nous pensons que la *radiographie*, comme dans les expériences si intéressantes de Reynier et Glover, pourrait donner les plus précieux renseignements sur le volume et les rapports de l'exostose avec l'intérieur du crâne et le sinus frontal.

On prendra toutefois les plus grandes précautions pour éviter les troubles trophiques qu'a entraînés déjà quelquefois la radiographie et qui seraient particulièrement désastreux à la face.

Enfin, la *mobilité* de certaines tumeurs orbitaires pourrait induire en erreur et faire penser à un kyste mobile. Les fibromes sont, en effet, quelquefois pédiculés et mobiles.

Syme, Golovine ont observé également un cas de luxation de la glande lacrymale orbitaire et nous avons eu l'occasion récemment d'observer chez une femme un nouveau cas de cette affection si exceptionnelle. C'est, en réalité, non pas une luxation, dénomination absolument mauvaise, mais bien une

sorte de déplacement analogue à ceux du rein, par exemple. Il s'agit donc d'une véritable *glande lacrymale flottante* (dacryoptose).

Nous ne parlerons que pour mémoire des *kystes d'origine lacrymale*, siégeant dans la glande orbitaire, dans la glande palpébrale, ou enfin dans les glandes lacrymales du cul-de-sac de la conjonctive. Les deux premières variétés ont été appelées *dacryops*, tandis que la troisième espèce a été seulement désignée sous le nom de kyste par rétention. Nous proposons d'unifier ces trois variétés de kystes, dont le siége seul diffère, sous le nom de dacryops, en réservant le nom de *dacryops typique* aux deux premières variétés et *dacryops atypique* pour la troisième. Les kystes *dermoïdes* de la glande lacrymale orbitaire sont encore discutés.

Le traitement des kystes congénitaux de l'orbite doit consister uniquement dans l'extirpation pour les kystes à contenu séreux; l'opération peut être fort délicate, à cause des diverses adhérences oculaires et palpébrales. On opérera autant que possible par la peau, pour ménager absolument la conjonctive, à cause de la possibilité d'un symblepharon souvent incurable. Les ponctions et injections exposent à autant de dangers que d'insuccès.

Quant aux kystes dermoïdes, on les opèrera également toujours par la peau et on les extirpera très complètement, y compris le pédicule et les adhérences fibreuses qui les unissent souvent à l'os. On évitera le drainage et on aura une réunion par première intention, comme nous l'avons toujours observé chez les malades opérés par M. Panas et par nous-même.

ANATOMIE GYNÉCOLOGIQUE

Les rapports pelviens des uretères chez la femme.

Par M. le Dr Paul Petit.

Nous supposons la vessie vide, c'est-à-dire telle qu'elle doit être dans toute opération gynécologique.

Partant des articulations sacro-iliaques, les deux uretères descendent vers les cornes vésicales (résultant de la jonction des bords latéraux et postérieur de la vessie) qu'ils attirent dans leur direction, en dehors, en arrière et un peu en haut.

Ils dessinent deux grandes courbes ouvertes en haut et en dedans.

I. *Segment postérieur ou sous-péritonéal.* — S'étend de l'articulation sacro-iliaque, entre le péritoine et son fascia, vers la *gaine génito-vésicale* où il plonge. Fait sur le péritoine une saillie visible.

Se conformant à la courbe et à la direction des fibres de la *tente cache-vaisseaux* qu'il suit, se porte d'abord en dehors et en bas, au-dessous de l'*artère hypogastrique* et parallèlement à elle, puis quitte cette artère (qui reste appliquée à la paroi pelvienne) et, visant la corne vésicale, descendant toujours, suivant toujours, tout en la croisant, la *tente vasculaire* qui lui imprime sa courbe à concavité supérieure et interne, pénètre plus ou moins tôt au-dessous d'elle.

Les deux segments symétriques sont distants l'un de l'autre de dix centimètres au niveau de l'articulation sacro-iliaque; de huit centimètres au niveau de l'insertion du vagin sur la face postérieure de l'isthme, c'est-à-dire sur la ligne d'élection de la *colpotomie postérieure*, car c'est suivant cette ligne qu'on pourra : 1° faire l'incision la plus large, soit six centimètres, sans atteindre, non seulement les uretères, mais les ligaments *sacro-utéro-vaginaux*, le cul-de-sac de Douglas allant s'élargissant de bas en haut; 2° s'éloigner le plus du rectum; 3° s'éloigner le plus des plexus vaginaux postérieurs, c'est-à-dire avoir la moindre somme d'écoulement sanguin.

Les uretères, au niveau de l'extrémité antérieure de leur segment sous-péritonéal, passent, ou sont sur le point de passer, à grande distance, sous la *gaine utéro-ovarienne* et rasent le *bord inférieur de l'ovaire*.

Non seulement ils sont très loin au-dessous, mais encore en dedans des ligaments *infundibulo-pelviens*; on peut donc forcipresser et sectionner verticalement ces ligaments et les vaisseaux utéro-ovariens y inclus, sans craindre autre chose que les vaisseaux de la *gaine génito-vésicale* située au-dessus et toujours séparée, dans les conditions ordinaires de développement des plexus veineux, par un espace libre. Pour parler net, dans ces conditions là, et le ligament large étant tendu par le haut, un fil passant à trois centimètres du bord libre du ligament *infundibulo-pelvien* enserrera tout le faisceau vasculaire *utéro-ovarien*, ne traversera pas les vaisseaux *génito-vésicaux* et ne pourrait, même placé plus bas, saisir l'uretère. Au niveau même de son point de croisement, on a encore une bonne marge pour passer au-dessous des vaisseaux utéro-ovariens, soit, avec le ligament large tendu, trois à quatre centimètres au-dessous de la base de l'aileron tubaire.

On n'a pas assez insisté, nous semble-t-il, sur les rapports de l'uretère avec le bord inférieur de l'ovaire, vers l'extrémité postérieure de cet organe. Quand ce bord est libre et mobile, le rapport en question n'a évidemment pas d'importance. Mais il n'en est pas de même quand l'ovaire adhère étroitement à sa *fossette*, surtout si cette fossette se trouve convertie en loge complète par des néo-membranes jetées sur la face postérieure de l'or-

gane. On comprend que, dans ces conditions, le doigt qui cherche le *plan de clivage* puisse léser l'uretère, pour peu qu'il n'agisse au contact même de l'ovaire et en fuyant la fossette péritonéale. La même remarque est applicable aux kystes ovariens *pseudo-inclus* dans le ligament large par pelvi-péritonite.

II. *Segment para-utérin*. — On sait que la *gaine vasculaire génito-vésicale* se dirige directement de la paroi pelvienne vers l'isthme utérin et se déploie, tout en même temps, en demi-éventail, vers le bord du vagin et de la vessie.

Une fois engagé dans le segment *para-utérin* de cette gaine, l'uretère le traverse obliquement, descendant toujours en avant et en dedans et formant à peu près un angle de 45° avec la ligne médiane antéro-postérieure. A son point de croisement avec l'artère utérine et par le travers du col, il se trouve environ à dix-huit millimètres de celui-ci (rapport indispensable à connaître pour l'hystérectomie vaginale) et à quinze millimètres du cul-de-sac vaginal latéral.

L'*artère utérine* lui est d'abord externe et postérieure, puis le croise en avant et en dehors pour se porter en dedans, en haut et un peu en arrière, à la limite supérieure de l'isthme, point où elle entre en contact intime avec le tissu utérin. La *veine collectrice utérine-postérieure* passe en arrière de l'uretère et la *collectrice antérieure*, en avant, avec interposition de l'artère.

Les kystes dits *du ligament large* qui reconnaissent comme origine ordinaire l'*organe de Rosenmüller*, situé au-dessous de l'aileron tubaire, les fibromes du corps utérin inclus dans le ligament large, se trouvent donc séparés de l'uretère par l'épaisseur de l'*aponévrose cache-vaisseaux*.

III. *Segment para-vaginal*. — Cheminant toujours sous l'aponévrose, continuant toujours son trajet descendant mais qui se rapproche de l'horizontale, l'uretère s'engage dans le segment *vésico-vaginal* de la gaine *génito-vésicale* et au milieu de ses éléments les plus superficiels.

D'abord situé à distance du bord vaginal et formant avec lui un angle ouvert en arrière, il se manifeste de nouveau à l'intérieur par un léger relief utile à connaître au cours des manœuvres de l'hystérectomie abdominale. Les deux uretères, au niveau de l'insertion vagino-cervicale antérieure, sont distants l'un de l'autre de quatre centimètres environ. L'incision de la *colpotomie antérieure* ne devra donc pas dépasser cette étendue.

IV. *Segment juxta-vaginal*. — Abordant la vessie à cinq millimètres du vagin, l'uretère passe sous elle en s'appliquant au bord du vagin, puis à sa paroi antérieure, et pénètre dans la vessie à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du vagin.

V. *Segment vésical*. — Chemine dans l'épaisseur de la vessie, sur une longueur de un centimètre environ, d'abord dans la couche musculaire, puis sous la muqueuse, pour s'aboucher par une ouverture en bec de flûte.

Il faut savoir que certaines conditions d'ordre pathologique ou opératoire peuvent singulièrement modifier les rapports de l'uretère. Ainsi le relâchement ligamentaire abaisse-t-il l'uretère, tout en le rapprochant de l'utérus et du vagin, de telle sorte qu'au lieu d'être au niveau du cul-de-sac vaginal latéral, il peut être au-dessous. Ainsi la forcipressure juxta-utérine du ligament large, de par l'écart dû à l'écrasement des tissus, porte-t-elle à deux centimètres la distance entre l'uretère et l'isthme utérin. Ainsi rapproche-t-on l'utérus d'un uretère en l'attirant de côté et des deux en l'abaissant.

Un bon nombre de morts opératoires attribuées au shock sont certainement dues à des lésions méconnues de l'uretère. Il sera donc toujours utile de rappeler les rapports de ce conduit, en les mettant d'accord avec une étude précise de l'anatomie régionale.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Tenue à Paris du 21 au 23 octobre 1897.

Séance du 22 octobre.

CASTRATION ET HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

(Suite.)

Opérations expérimentales pratiquées sur l'appareil génital pour amener l'atrophie de la prostate.

MM. Albarran et **Motz** (de Paris). — Dans une quarantaine d'expériences avec examen histologique de la prostate nous avons obtenu les résultats suivants :

Chez le *cheval*, châtré depuis plusieurs années, nous avons constaté que la glande s'atrophie, mais que la prostate n'est pas réduite, comme on l'a dit, à un noyau presqu'exclusivement fibreux. Un grand nombre de culs-de-sac glandulaires prennent l'apparence kystique et sont tapissés par un épithélium bas; on note surtout l'atrophie des végétations dendritiques de ces culs-de-sac. Ailleurs les glandes paraissent tassées et prennent une apparence embryonnaire.

Chez le *bœuf*, on ne constate que peu ou pas de différence macroscopique avec la prostate du taureau. Au microscope, l'atrophie est très marquée, aussi bien dans la portion glandulaire, dont l'épithélium dégénère et remplit les culs-de-sac, que dans le stroma où l'on voit beaucoup moins de fibres musculaires. Ici, encore, il y a atrophie mais non disparition complète de la glande.

Chien. — La plupart de nos recherches ont porté sur

e chien. Comme nous l'avons démontré, il y a deux ans, au Congrès de Chirurgie, les conclusions basées sur le poids de la prostate ne sont pas démonstratives : car il n'y a aucun rapport fixe entre le poids du chien et celui de sa prostate. Les examens microscopiques eux-mêmes peuvent facilement tromper si on ne tient pas compte de l'âge de l'animal, car rien ne ressemble plus à une prostate atrophiée que la glande d'un animal jeune. Il faut distinguer deux types de prostate normale chez le chien : le *type* 1 correspond à l'animal jeune et se caractérise par la variété relative du tissu glandulaire et parce qu'un grand nombre de culs-de-sac sont remplis par l'épithélium et ne présentent pas de lumière; mais on trouve toujours un certain nombre de culs-de-sac bien formés. Le *type* 2 est celui du chien adulte, avec son stroma fibro-musculaire et ses glandes bien développées, tapissées d'épithélium cylindrique.

Dans la castration double, nous avons toujours obtenu une atrophie généralisée de la glande, sans prolifération du tissu interstitiel. Nous passons sur ces faits, aujourd'hui démontrés, et que nous avons décrits il y a deux ans.

Dans la castration unilatérale, nous avons eu, sur cinq expériences, deux résultats nuls. Trois fois nous avons vu, de trois à quatre mois après l'opération, qu'il y avait peu de différence de volume entre les deux lobes. Au microscope, la portion glandulaire était atrophiée, mais à un degré moindre que dans la castration double. Cette atrophie est généralisée aux deux moitiés de la glande, et plus prononcée dans les portions centrales juxta-uréthrales.

Sur neuf chiens à qui nous avons fait la résection double des canaux déférents, nous n'avons, dans deux cas, rien obtenu après huit jours et un mois. Chez les sept autres, de trois à quatre mois après l'opération, nous avons eu encore un résultat négatif et six fois des atrophies prostatiques qui n'atteignaient une notable portion de la glande que dans deux cas.

La résection d'un seul canal déférent est sans effet sur la prostate.

Les injections intra-testiculaires de chlorure de zinc ou de teinture d'iode ont donné des résultats variables suivant que le testicule était plus ou moins détruit. Dans les cas où ces injections avaient déterminé une atrophie complète du testicule, nous avons vu une atrophie correspondante de la prostate aussi marquée que dans la castration double.

Angioneurectomie du cordon. — Nous appellerons ainsi une opération qui consiste à réséquer, dans une petite étendue, tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent, l'artère déférentielle, et une ou deux des veines qui l'accompagnent. Trois mois après cette opération, nous avons noté l'atrophie complète des testicules : parallèlement, la prostate présentait des lésions atrophiques généralisées, semblables à celles déterminées par la castration double.

Dans toutes nos expériences, l'atrophie de la prostate s'est toujours montrée en rapport direct avec la suppression ou l'atrophie du testicule. Les plus mauvais résultats ont été vus dans la résection des canaux déférents qui n'amènent pas de diminution de volume des testicules. Si dans la résection des canaux d'autres auteurs ont eu des résultats différents, cela tient, croyons-nous, à ce qu'ayant examiné des chiens jeunes, ils ont pris pour des prostates atrophiées des prostates normales de notre type 1. D'un autre côté, lorsque avec le canal déférent on détruit une plus ou moins grande partie des vaisseaux et nerfs du cordon, on peut déterminer une atrophie testiculaire et, consécutivement, de la prostate.

Ces considérations nous conduisent à penser que lorsqu'on désire déterminer l'atrophie de la prostate, la résection des canaux est une méthode très infidèle et qu'il faut ou enlever les testicules ou déterminer leur atrophie.

Expérimentalement, la résection du paquet vasculo-nerveux du cordon en respectant le canal déférent et l'artère déférentielle, nous a donné des résultats aussi remarquables que la castration. Ces résultats expérimentaux nous amènent à proposer dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate, à côté de la castration, l'angionenrectomie double des cordons. Cette opération a déjà été pratiquée par l'un de nous à l'hôpital Necker.

M. Desnos (de Paris). — De l'opération que vient de décrire M. Albarran, je ne veux ici que rapprocher une opération que j'ai pratiquée quatre fois, mais à une date encore trop récente pour qu'on puisse porter sur elle un jugement : il s'agit d'une résection en masse des éléments veineux du cordon, avec une partie du scrotum, suivant le procédé de Horteloup pour le varicocèle. Dans tous ces cas, le résultat fonctionnel a été excellent, et l'atrophie de la prostate a été manifeste. Il serait prématuré de chercher à donner de ce fait une explication précise et de rechercher le mécanisme suivant lequel elle agit ; mais peut-être la section des éléments nerveux joue-t-elle un rôle égal et même supérieur à l'excision des cordons vasculaires.

La castration et l'angio-neurectomie du cordon dans l'hypertrophie de la prostate.

M. J. Albarran (de Paris). — J'ai obtenu de très bons résultats dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate par la castration double. Depuis la première opération faite en France, que je pratiquai en juillet 1897, j'ai fait six fois la castration double chez des malades qui, tous avaient depuis longtemps de la rétention incomplète d'urine ou de la rétention chronique complète et qui étaient obligés de se sonder plusieurs fois par jour. Trois fois j'ai obtenu le rétablissement complet de la miction

normale et trois autres fois des améliorations remarquables. Dans certains cas, l'amélioration a commencé presque immédiatement après l'opération ; d'autres fois, elle n'a été appréciable que cinq ou six mois après, et les malades ont continué à s'améliorer depuis. Chez un malade opéré il y a plus de deux ans, aujourd'hui guéri, l'amélioration ne débuta que plusieurs mois après. Chez tous mes opérés, la prostate a diminué de volume d'une manière remarquable et progressive. Parfois, j'ai noté au début une diminution due à la décongestion de la glande. Toujours j'ai vu, par la suite, la prostate s'atrophier réellement et, dans deux cas, disparaître complètement.

Le détail de mes trois premiers opérés vous sera donné par M. Motz dans l'étude des opérés de Necker. Je résume l'observation de mes trois autres malades. Le premier, âgé de 53 ans, opéré en mars 1896, présentait depuis deux ans, de la rétention incomplète d'urine avec un résidu post-mictionnel variant de cent à cent cinquante grammes. Ce malade était, en outre, tourmenté par un écoulement uréthral continu, aussi abondant que celui d'une chaude-pisse aiguë, et qui l'obligeait à se garnir de linges. La prostate était le siège d'une hypertrophie de moyen volume et, lorsqu'on massait la glande, il sortait par l'urèthre une grande quantité de liquide. Mon maître, M. Guyon et moi, décidâmes de soigner ce malade par des grands lavages urétro-vésicaux, par le massage de la prostate et par l'évacuation régulière de la vessie. Après plusieurs mois, je n'obtins aucune amélioration. Je fis la castration ; l'écoulement uréthral diminua, la vessie se vida bientôt mieux, et la prostate s'atrophia. Six mois après, ce malade était complètement guéri ; il y a quelques jours je l'ai revu : on sent à peine sa prostate ; la vessie se vide complètement, et il n'y a plus d'écoulement uréthral. Ce malade a présenté des phénomènes cérébraux remarquables : avant l'opération, il était toujours obsédé par des pensées lascives qu'il ne pouvait chasser, et qui le rendaient très malheureux : la castration a fait disparaître complètement cette obsession.

Mon quatrième malade est un Américain de 59 ans avec une prostate moyennement hypertrophiée, ayant eu deux accès de rétention complète trois ans et six mois avant l'opération : depuis le dernier accès de rétention, le malade avait de la rétention incomplète, et devait se sonder deux ou trois fois par jour. Le résidu vésical était de deux cents grammes. Il me demanda de le châtrer, ce que je fis en mai 1896. Cinq mois après, il partit pour son pays : la prostate avait diminué et le malade se trouvait très amélioré ; il ne se sondait plus que le soir en se couchant, et le résidu vésical variait de quatre-vingt à cent grammes.

Le sixième de mes opérés est un homme de soixante-cinq ans que je soigne depuis cinq ans, pour une très grosse hypertrophie de la prostate. Depuis ce temps, le malade doit vider sa vessie avec la sonde plusieurs fois par jour.

Depuis plusieurs mois la rétention était à peu près complète et le malade se sondait quatre fois par jour ; le résidu était en moyenne de 200 grammes. Je l'opérai le 4 mai 1897. A la fin du mois il ne se sondait plus qu'une fois par jour et le résidu était de 100 à 125 grammes. Depuis deux mois le malade va moins bien ; il doit se sonder deux fois et les résidus sont en moyenne de 150 à 180 grammes.

Dans ce dernier cas, comme chez deux de mes opérés de Necker, il y a eu, au début, une amélioration rapide, puis pendant plusieurs mois un état stationnaire. Chez les deux autres malades j'ai vu l'amélioration s'accentuer de plus en plus et se marquer surtout un an après l'opération ; il est à espérer que, dans mon dernier cas, il en sera de même. En tout cas, je tiens à insister sur les effets tardifs de la castration et sur ses résultats éloignés.

Sans entrer dans la critique des résultats obtenus par la résection des canaux déférents, que je n'ai pas personnellement pratiquée, je dirais que les résultats que j'ai vus chez plusieurs opérés et les observations que j'ai lues me paraissent démontrer que cette opération peut décongestionner la prostate ; mais que, dans la très grande majorité des cas, elle ne détermine pas l'atrophie de la prostate. Un grand nombre de malades ne sont même pas améliorés.

Les expériences faites avec Motz et dont je vous ai entretenus, nous ont conduits à penser que l'angioneurectomie du cordon qui, chez le chien, amène l'atrophie de la prostate en même temps que celle du testicule, pourrait être appliquée à l'homme. Lorsque la castration est contre-indiquée par l'importance de l'acte opératoire, lorsque le malade tient à conserver des testicules, même atrophiés dans les bourses, je pense que l'angioneurectomie a des chances d'être plus utile que la résection des déférents. L'opération est presqu'aussi simple que la résection des déférents et se fait sans douleur, à la cocaïne ; tout en évitant la gangrène testiculaire, elle amène l'atrophie de la glande et doit, par cela même, s'opposer au développement des orchites à répétition.

L'angioneurectomie du cordon est une opération qui consiste à réséquer dans une petite étendue tous les vaisseaux et nerfs du cordon spermatique, sauf l'artère déférentielle et une ou deux des veines qui l'accompagnent ; le canal déférent est respecté. Chez un homme opéré à Necker, j'ai suivi le manuel opératoire suivant : anesthésie à la cocaïne par injection interstitielle dans la partie supérieure du cordon et injection intradermique au niveau de l'incision. Incision cutanée longitudinale de quatre centimètres ; incision de la tunique fibreuse commune. Le canal déférent avec l'artère déférentielle et une ou deux petites veines est isolé ; on charge tous les autres

éléments du cordon sur une sonde cannelée et on place deux ligatures en masse au catgut à deux centimètres l'une de l'autre. On résèque la portion intermédiaire aux deux ligatures, on place encore un catgut de sûreté sur le bout central de l'artère spermatique et la plaie est fermée. Le malade que j'ai opéré ainsi a rapidement guéri de son opération, mais mon intervention est trop récente pour que je puisse vous parler aujourd'hui des effets de l'opération sur l'hypertrophie de sa prostate.

Structure histologique des prostates hypertrophiées, après les opérations sur l'appareil testiculaire.

M. Motz (de Paris). — D'après toutes les observations qui ont été publiées jusqu'à présent, on ne peut se faire une idée juste du mode d'atrophie thérapeutique de la prostate hypertrophiée. Je présente des observations de prostatiques où, trente-huit jours après la castration double, il n'y avait aucune trace d'atrophie. Malgré ce résultat négatif, ces observations sont intéressantes, parce qu'elles montrent qu'on peut obtenir la guérison complète sans que la prostate soit atrophiée.

Des indications des opérations sur les testicules dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

M. Legueu (de Paris). — Comme beaucoup d'autres, j'ai eu, en traitant les accidents du prostatisme par les opérations testiculaires, des succès et des revers. Ces derniers tiennent à ce que l'indication était mal posée et que l'opération s'adressait à des cas dans lesquels elle était à l'avance frappée d'inutilité.

L'expérimentation prouve, en effet, que la castration et la résection des canaux déférents amène l'atrophie de la prostate; mais on ne peut conclure en toute certitude de la prostate saine à la prostate malade; la prostate sénile et hypertrophiée ne se comporte pas en présence de la castration de la même façon que la prostate saine. Or, dans les prostates hypertrophiées, il y a trois éléments différemment associés: la congestion, l'hypertrophie glandulaire et la sclérose. Après la castration, ce qui s'atténue le plus rapidement, c'est l'élément congestif; ce qui s'atrophie encore, quoique plus lentement, c'est l'hypertrophie glandulaire. Quant à la sclérose, elle résiste et ne subit au contraire aucune modification.

La difficulté consiste donc, en clinique, à distinguer les prostates scléreuses des prostates adénomateuses, à préciser en un mot la part qui revient dans l'hypertrophie à l'hypertrophie glandulaire ou à la réaction conjonctive. Or, il est à peu près impossible de définir d'après les seules données du toucher rectal, quelle est la constitution anatomique de la prostate. On ne peut, sur ce point, parvenir qu'à réunir une somme de probabilités, qui est loin de valoir la certitude.

D'ailleurs, le volume de la prostate n'est pas le seul élément dont il faille tenir compte, et la contractilité vésicale a bien aussi son importance.

Dans les rétentions aiguës, la castration n'a le plus souvent rien à voir; toutes ces rétentions s'atténuent par la sonde, et sous l'influence de l'évacuation régulière de la vessie, la prostate se décongestionne. La castration pratiquée dans ces conditions aurait elle, outre une action immédiate, une influence préventive sur les accidents à venir? serait-elle capable d'éviter au malade les inconvénients qui résultent des attaques subintrantes de congestion et de prévenir, en un mot, l'hypertrophie? Une de mes observations, à ce point de vue, assez suggestive: un malade sexagénaire fut castré par moi, il y a deux ans, au cours d'une première attaque de rétention complète. A ce moment, il y avait, en outre, des hémorrhagies graves, que la sonde à demeure n'avait pu arrêter; la castration amena une amélioration immédiate. Les hémorrhagies cessèrent, et le soir même, le malade se remettait à uriner. Or, et c'est ici que le fait devient intéressant, j'ai suivi ce malade pendant deux ans, je l'ai revu ces jours-ci. Il est, depuis ce temps, resté indemne de tout accident, sa vessie se vide régulièrement, il ne s'est plus jamais sondé. La prostate cependant quoique diminuée de volume, n'est pas atrophiée. Malgré cela il n'est pas douteux que ce malade ait bénéficié, à titre préventif, de la castration, et que cette opération lui a évité jusqu'ici de nouvelles complications. Je n'oserais pas cependant proposer la castration à titre préventif, et rares d'ailleurs seraient les malades qui l'accepteraient dans ces conditions.

Dans les accidents chroniques du prostatisme, la congestion a un rôle moins manifeste: ce qui domine, c'est l'hypertrophie. On suppose qu'elle est à prédominance glandulaire, quand la prostate est molle et élastique; on croit qu'elle est surtout fibreuse lorsque la prostate est ferme et scléreuse. Aussi doit-on, dans ces cas, s'abstenir absolument de toute opération sur les testicules; ici la castration ne peut rien donner et faute d'avoir obéi à cette contre-indication j'ai eu trois échecs complets par la castration; les malades n'ont éprouvé aucune amélioration, la prostate n'a pas changé de volume et les symptômes fonctionnels n'ont été en rien modifiés.

D'ailleurs la proportion des résultats thérapeutiques n'est pas seulement en rapport avec l'état de la prostate, mais aussi avec celui de la vessie, et, à ce point de vue, les malades se présentent dans deux conditions différentes, suivant qu'ils sont en rétention complète ou chronique ou en rétention incomplète.

Dans les rétentions complètes, la recherche de la contractilité vésicale doit toujours être effectuée; elle fournit à la détermination de l'opération des données importantes. En effet, si la contractilité vésicale est absolument perdue et, depuis longtemps, je considère comme absolu-

ment inutile d'intervenir ; l'intervention ne serait autorisée, que si les accidents récents laissaient supposer des lésions peu profondes. Et c'est à des cas de ce genre, que j'attribue les heureuses modifications de la contractilité vésicale, observées chez des malades en rétention complète, à la suite de la castration.

Dans les rétentions incomplètes, au contraire, la contractilité vésicale est amoindrie mais non supprimée. Et c'est dans ces conditions que la castration ou la résection des déférents peut être proposée, et que j'en ai obtenu de bons résultats au triple point de vue du volume de la prostate, de la contractilité de la vessie et des symptômes fonctionnels.

Quant à la valeur relative de la castration, et de la résection des canaux déférents, je crois encore, comme il y a deux ans, que cette dernière, dont le mode d'action est d'ailleurs différent, a une action plus lente. Elle n'est cependant pas à rejeter ; elle a l'avantage de conserver la forme et de maintenir intacte la sécrétion interne. Pour ces raisons, les malades l'acceptent plus facilement.

A propos des opérations pour l'hypertrophie prostatique.

M. Chevalier (de Paris). — Les observations que je résumerai rapidement devant le Congrès. ont trait, les deux premières, à des cas de castration bilatérale, la troisième à un cas de résection des canaux déférents.

Dans la première catégorie, la première observation est la suite de celle que j'ai déjà présentée au Congrès l'année dernière : il s'agit du malade que j'ai opéré en avril 1896, à Necker, et qui avait subi, on s'en souvient, des ponctions hypogastriques, la cystostomie, la résection des déférents, le tout sans succès ; je lui fis, à la date indiquée, la castration double. Il guérit de tous ses ennuis, et, lorsque j'ai présenté son observation à la première session, il était en parfait état. Depuis j'ai eu tous les trois mois exactement de ses nouvelles. Elles sont parfaites, urines claires, mictions spontanées, et, fait important en l'espèce, aucun trouble psychique.

La seconde observation concerne un malade de 60 ans passés, chez lequel l'examen avait paru montrer les indications les plus nettes de la castration. (Vessie bonne, prostate molle, âge pas trop avancé.) La castration double que je lui pratiquai modifia peu son état, il se sonde moins souvent, mais toujours, il a même eu un calcul phosphatique, pour lequel je lui fis une petite lithotritie ; et, en somme, l'amélioration, encore qu'elle soit un peu sensible, est bien imparfaite. C'est à peu près un insuccès.

Dans la seconde catégorie, il s'agit d'une résection des canaux déférents faite par un de nos maîtres à un malade de 68 ans, qui avait une prostate énorme et qui n'a trouvé aucune amélioration à son état ; mais je lui découvris des calculs vésicaux, je pus, assez difficilement, lui faire la lithotritie, et ce ne fut que lorsque la vessie fut débarrassée de ses calculs, que la prostate regressa. Le malade, alors soulagé, vit ses cathétérismes devenir plus faciles et moins fréquents. La prostate diminua de moitié, et actuellement les urines sont claires, émises facilement, et le sondage qui se faisait autrefois difficilement toutes les demi-heures, ne se fait que toutes les quatre heures, et encore le malade peut s'en passer. La miction spontanée, antrefois abolie, a reparu. En somme, la décongestion produite par le débarras de la vessie a bien pu être la cause de l'amélioration, tout autant que la vasectomie.

Je ne prétends pas conclure, mais je crois que c'est en apportant des faits bien observés que la question se rapprochera de sa solution.

Je crois qu'on pourrait commencer par la vasectomie, quitte à faire la castration en cas d'insuccès.

Castration pour hypertrophie prostatique.

M. Loumeau (de Bordeaux). — J'ai pratiqué deux fois la castration chez des prostatiques atteints de rétention chronique complète. J'en ai rapporté les observations au Congrès de Chirurgie de 1896, et je les ai mentionnées ici même l'année dernière.

Le premier, âgé aujourd'hui de 67 ans, était en rétention complète d'urine depuis quatre ans et demi, et fut opéré le 23 mai 1896. Au bout de seize jours, le malade pouvait uriner sans sonde. Actuellement, dix-sept mois après la castration, il urine facilement sans être obligé de se sonder. Il n'emploie la sonde que pour évacuer le résidu vésical, qui oscille entre soixante et quatre cents grammes. Sa prostate, complètement effacée, ne se sent pas plus au toucher rectal qu'au cathétérisme uréthral. Avant l'opération, elle avait le volume et la consistance d'une mandarine.

Mon second malade, âgé de 68 ans, était rétentioniste depuis trois ans, avec prostate moyenne comme volume et comme consistance, mais très grande difficulté de cathétérisme. L'orchidectomie totale, pratiquée le 13 juin 1896, amena, au bout de trente-six heures, la disparition complète de la rétention et, au bout de huit mois, l'atrophie totale de la glande prostatique, aussi insensible au cathétérisme qu'au toucher rectal. Le malade a vidé complètement sa vessie par la miction naturelle jusqu'à sa mort, survenue brusquement par hémorrhagie cérébrale, le 8 avril dernier, dix mois après la castration.

En somme, dans un cas, j'ai obtenu la transformation de la rétention complète en rétention incomplète ; dans l'autre, la disparition absolue de la rétention complète ; chez les deux opérés, la prostate s'est entièrement atrophiée. Chez aucun d'eux, je n'ai constaté le moindre trouble psychique post-opératoire, mais seulement une décrépitude et une faiblesse plus grande que ne le comportait leur âge.

M. Carlier (de Lille) a fait neuf fois la résection des canaux déférents, deux fois la castration, avec un insuccès complet.

M. Desnos (de Paris). — Les résultats qui viennent d'être produits à propos de la résection des canaux déférents, sont loin d'être favorables à cette opération : les résultats de ma pratique personnelle sont conformes à l'observation de mes collègues ; je dois, toutefois, ajouter un cas, où, loin d'obtenir une amélioration, une aggravation est survenue dans la circonstance que voici : un malade, avec une prostate assez développée, présentait des troubles urinaires assez marqués, mais urinait spontanément. Je lui fis une résection double des déférents : tout se passa bien au point de vue opératoire ; mais à partir de ce jour, la miction spontanée fut abolie, et depuis six mois que l'opération est pratiquée, il n'a pu uriner qu'au moyen du cathétérisme. Le volume de la prostate est resté le même.

Opérations sur l'appareil testiculaire des prostatiques faites à la clinique de Necker.

M. Motz (de Paris). — J'ai réuni 6 cas de castration double et 3 cas de résection des canaux déférents. Sur 6 prostatiques châtrés, on a obtenu 3 guérisons complètes ; chez 3 autres, les malades ont été très améliorés. Sur 3 cas de résection, on a obtenu 1 cas de guérison complète ; dans un autre, le malade n'a pas été amélioré. Le troisième malade est mort dix-sept jours après l'opération. Je présente aussi la statistique de la mortalité normale chez les prostatiques hospitalisés à Necker. Sur 220 cas, on a compté 31 décès, c'est-à-dire 14 0/0. Ces résultats prouvent que la mortalité des prostatiques qui ont subi une opération sur l'appareil testiculaire et qui monte jusqu'à 19 0/0, ne peut pas être due uniquement à ces opérations.

Relation entre le volume de la prostate et le degré de la rétention d'urine.

M. Desnos (de Paris). — Le mécanisme, d'après lequel les opérations sur l'appareil génital externe agissent sur l'appareil urinaire est fort complexe ; mais l'atrophie de la prostate est le phénomène le plus constant et celui d'ailleurs qu'on vise en pratiquant la castration. Or, pour déterminer le rôle que la tuméfaction de la glande joue dans la rétention, j'ai fait le relevé de 296 observations de vieillards ayant des troubles urinaires. Parmi eux, 220 avaient une prostate augmentée de volume. Or, parmi eux, je trouve 112 malades chez qui la rétention existait et 108 non rétentionnistes. L'âge semble jouer un rôle plus important, car 80 de ces malades de 58 à 65 ans, 15 1/2 0/0 n'avaient pas de rétention contre 14 rétentionnistes ; au-dessus de cet âge, c'est la proportion inverse qu'on relève et 98 malades contre 28 ne vidaient pas leur vessie. Or, en examinant 76 malades rétentionnistes, sans grave prostate, je retrouve à peu près la même proportion relativement à l'âge. On serait donc en droit de conclure de ces relevés que l'hypertrophie de la prostate ne joue aucun rôle dans la rétention de l'urine, conclusion assurément exagérée, mais dont il importe de ne pas méconnaître la valeur.

Au point de vue des indications opératoires, on sait que la constatation de l'hypertrophie prostatique par le toucher rectal, ne suffit pas pour légitimer une castration. Il est plus important de s'assurer qu'il n'existe pas de saillies intravésicales ; ces dernières jouent un rôle capital sur la rétention : or, de mes observations, il résulte que si la castration double amène souvent une régression en masse de la prostate, elle est à peu près sans action sur ces tumeurs plus ou moins pédiculées qui font saillie dans la cavité vésicale.

M. Motz (de Paris). — En me basant sur mes recherches histologiques et cliniques, j'arrive à cette conclusion : La congestion de l'appareil urinaire à la suite de l'artério-sclérose des gros troncs artériels étudiée pour la première fois par notre maître M. le professeur Guyon, est le facteur le plus important des troubles urinaires chez les vieillards.

Pour nous résumer nous dirons :

1° L'hypertrophie prostatique vraie n'est qu'une évolution normale de la glande qui dépend surtout de la vitalité de l'appareil génito-prostatique ;

2° Les variétés anatomo-pathologiques de cette hypertrophie et surtout le volume excessif de quelques prostates s'expliquent par l'action plus ou moins prononcée de la congestion de l'appareil urinaire, qui est surtout la conséquence de la sclérose des grosses artères ;

3° La cause principale du prostatisme n'est pas l'artério-sclérose localisée sur l'appareil urinaire, comme l'avait décrit M. Launois, mais la congestion de cet appareil et la dégénérescence consécutive des parois vésicales ;

4° L'obstacle mécanique qui résulte de l'hypertrophie de la glande n'est qu'un facteur secondaire qui ajoute ses effets à l'inertie vésicale primitive.

De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein.

M. Carlier (de Lille). — Lorsqu'on se décide à une intervention chez un malade atteint de tuberculose rénale, on examine soigneusement tous les organes et surtout le rein opposé, et l'on décide une néphrotomie ou une néphrectomie, suivant les renseignements fournis par cette enquête préalable. Si la vessie paraît envahie par des lésions sérieuses, on n'ose pas soumettre le malade à une opération aussi grave que la néphrectomie. Or, il ne faut pas toujours juger de l'état de la vessie par les symptômes bruyants qu'elle manifeste, car ces derniers peuvent être presque totalement sous la dépendance de la lésion rénale. J'ai pratiqué, cette année, deux

néphrotomies ponr pyélo-néphrite tnberculeuse chez des malades dont les symptômes vésicaux, très marqnés avant l'intervention sur le rein, s'amendèrent considérablement aussitôt après l'ouverture du rein. Chez nn de ces malades, qui urinait six fois par henre avant l'opération, et dont les mictions étaient doulonreuses, le nombre des mictions tomba à trente-cinq dans les vingt-quatre heures dès le second jour après l'opération. En outre, les urines primitivement purulentes, redevinrent limpides et les douleurs vésicales furent dès lors insignifiantes.

Ces mêmes phénomènes furent observés chez mon second malade soumis à la néphrotomie.

On anrait donc tort de renoncer parfois à la néphrectomie de par l'intensité des symptômes vésicaux. Dans ces cas, nne exploration attentive de la vessie révèlera qne sa sensibilité, tout en étant marquée, n'est pas excessive et n'est pas en rapport avec la fréquence extrême des mictions.

M. Duret. — Les lésions du rein entraînent souvent les symptômes douloureux du côté de la vessie, et on hésite à intervenir. A l'appui de la commnnication précédente, je citerai le cas d'un mineur atteint de tuberculose rénale, avec symptômes vésicaux très intenses; à la suite de la néphrectomie, la guérison fut complète, avec cessation de réaction vésicale.

M. Pousson. — J'ai observé bien souvent des malades atteints de tumeurs rénales et qui avaient été considérés comme ayant une cystite. Les phénomènes vésicaux, dans le conrs d'affections rénales, ne sont donc pas des contre-indications opératoires; au contraire, ces faits sont bien connus par les travaux de l'école de Necker.

(*A suivre.*)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique chirurgicale de la Charité.

M. le professeur Tillaux commencera son cours de clinique chirurgicale le lundi 8 novembre 1897, à 9 henres du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Lundi et vendredi, à 5 heures 1/4, exercices cliniques sous la direction de M. Souligoux.

Lundi et jeudi, à 4 heures, démonstration d'anatomie pathologique par M. Pilliet.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Necker.

M. le professeur Le Dentu commencera le cours de clinique chirurgicale le mardi 9 novembre 1897, à 9 henres et demi du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Opérations les mardis et vendredis dans le grand amphithéâtre, après la leçon, et le jendi, à 9 henres, dans le service spécial de gynécologie.

Clinique chirurgicale de la Pitié.

M. le professeur Berger commencera le conrs de clinique chirurgicale le lundi 15 novembre 1897, à 9 heures et demi du matin, et le continnera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférence de gynécologie pratique, les mercredis, à 10 heures du matin, par M. Rebland.

Conférence sur la bactériologie et l'anatomie pathologiqne, les jendis, à 10 henres du matin, par M. Besançon.

Examen des malades, visite dans les salles et opérations, tons les jours, à 9 heures moins un quart.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophtalmologiqne le lundi 8 novembre 1897, à 9 heures du matin, et le continnera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique et opérations à 10 heures; exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

Clinique d'accouchements et de gynécologie.

M. le professeur Pinard commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le lundi 8 novembre 1897, à 10 henres du matin (clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les vendedis et lnndis suivants, à 9 heures.

Ordre du cours : Lundi et vendredi : Leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre par le professeur.

Mercredi : Leçons et opérations de gynécologie, par M. Segond.

Autres jonrs : Leçons et opérations de chirurgie infantile, par M. Kirmisson; anatomie obstétricale pathologique, par M. Varnier; leçons de diagnostic obstétrical, par M. Baudron; kinésithérapie gynécologique, par M. Stapfer.

Conrs pratique et manœuvres obstétricales, par MM. Lepage, Potocki, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise, Funk Brentano, Paqny, Audebert et Fieux.

Cours d'anatomie.

M. le professeur Farabeuf commencera le cours d'anatomie le lundi 8 novembre 1897, à 4 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même henre.

Sujet du cours : Cou; thorax; membre supérieur.

Cours d'anatomie pathologique.

M. le professeur Cornil commencera le conrs d'anatomie pathologique le lundi 8 novembre 1897, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le

continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage).

Sujet du cours : Anatomie pathologique générale; lésions des cellules; tumeurs.

Conférences de pathologie externe.

M. Broca, agrégé, commencera ces conférences le samedi 6 novembre 1897, à 5 heures (grand amphithéâtre de la Faculté,) et les continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Sujet du cours : Chirurgie des membres.

Clinique des maladies des voies urinaires.

M. le professeur Guyon reprendra ses leçons le samedi 6 novembre 1897, à 9 heures (hôpital Necker), et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Anatomie : MM. du Pasquier, 11; Degoree, 12; G. Weill, 12; Daniel, 10; Brun, 5; Bony, 10; de Gorsse, 10; Cathelin, 14; Pasquier, 7; Tardif, 13: Sndaka, 15; Chauveau, 13: Sabatié, 10; Thenveny, 8; Tabary, 6; Stanculeanu, 13; Benj. Weill, 11; Talandier, 9; Fossier, 10; Follet, 13; André Ferry, 7.

Pathologie : MM. Monod, 13; Léri, 14; Demerson, 12; Dauzats, 9; Camns, 12; Grivot, 12; Chardin, 6; Armand-Delille, 10; Arnal, 11; Bellin, 10; Charpentier, 12; Lacaille, 10; Monier, 9; Cottu, 8; Elias, 13; Eloy, 5; Duclaux, 9; Boissier, 13; Grenet, 11; Cruehandeau, 5; Ch. Fouquet, 10; Pamard, 13; Nicaise, 11; P. Chevalier, 12.

Concours de l'externat.

Anatomie : Mlle Neufeld, 7; MM. Mouras, 10 1/2; Portemer, 5; Rivière, 9; Raynaud, 16; Renaud, 15; Peck, 12; Pamart, 6; Ponroy, 17; Potiez, 8; Poupardin, 14; Louis Picard, 8; André Quentin, 5; Parant, 7: Reumaux, 8; Perrier, 7: Parrot, 10; Quillon, 11; Poissenot, 10; Perrody, 12 1/2; Ralesco, 10; Nicollas, 9; Paulouch, 11; Moog, 11; Okinczye, 7; Pfister, 11; Morchoisne, 12 1/2; Pillet, 7; Jules Perrin, 12; Piquand, 19; Osty, 18 1/2.

Pathologie : MM. Dausset, 12; Deshayes, 16; Chassaing, 14 1/2; de Cisternes, 16 1/2; Chapotin, 17 1/2; Diard, 17; Croizet, 16 1/2; Cormon, 10; Contenau, 18; Costard, 12 1/2; Crouzet, 13; Dalimier, 18; Debets de Lacrousille, 15 1/2; de Felico, 11; Deglos, 18 1/2; Cauzard, 14 1/2; Couppé de Lahougrois, 13 1/2; Dreyfus, 16; Digne, 19; Desanti, 10: Charles David, 11; Edgard Dauban, 12; Corlieu, 16 1/2; Edouard David, 16 1/2; Cochonnet, 15 1/2; de Saint-Mathieu, 18; Coutelas, 18; Coutet, 9 1/2; Dalmas, 17; Dromard, 19 1/2; Elie Château, 15; Claude, 13; Courtois, 19; Delaunay, 18 1/2; d'Abbadie, 16; de la Volpillière, 16; Charles Chevalier, 17: Delom, 16; Chaix, 13; Dauchez, 13 1/2; Dévé, 18 1/2; de Mayvillie, 12; Cotlard, 13 1/2; Dauban; 11 1/2; Cazeaux, 10 1/2; Compain, 18 1/2; de Cazeneuve, 11; Chofardet, 8 1/2; Depoutre, 13 1/2; Charpentier, 12; Courgeon, 14 1/2; de Ribier, 15; Dentillac, 14 1/2; Cueherousset, 15 1/2; Darré, 14 1/2; Debidour, 16; Choutet, 15; de Sèze, 14 1/2; Cussae, 6 1/2; Gasso, 17; Joseph Fabre, 18; Gianetti, 14; Durieux, 15 1/2; Grelley, 15; Francoz, 15 1/2; Dupouy, 8: Daniel Gaudean, 19; Fayon, 14 1/2; André Ferrand, 13; Forget, 15; Faggianelli, 13; Ducoudray, 14 1/2; Dupinet, 12; Giraudet, 7 1/2.

Asiles d'aliénés de la Seine.

Un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, s'ouvrira à la préfecture de la Seine le 6 décembre 1897. — Se faire inscrire à la préfecture de la Seine du 8 au 20 novembre.

ACTES OFFICIELS

Par décret, la Société de Chirurgie de Paris est autorisée à accepter, aux clauses et conditions énoncées, le legs d'une somme de 10,000 francs, fait par M. René-Nicolas Marjolin, pour les arrérages être affectés annuellement à la continuation de la fondation Duval.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Billets d'aller et retour individuels pour les stations hivernales et thermales des Pyrénées et du golfe de Gascogne.

Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 0/0 en 1re classe et de 20 0/0 en 2e et 3e classes sur les prix calculés au tarif général, d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés, toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations hivernales et thermales du réseau du Midi, et notamment pour Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn, etc.

Durée de validité : 25 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

La durée de validité de ces billets peut être prolongée une ou deux fois de dix jours, moyennant le paiement pour chaque période d'un supplément de 10 0/0 du prix du billet.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des fractures du crâne non accompagnées d'accidents.

Par Pierre Sebileau.

I

Voici une fracture de la voûte : le blessé ne présente aucun symptôme qui sorte du cadre habituel des accidents cérébraux vulgaires; quelle conduite faut-il tenir ? La question est délicate et chacun la résout à sa façon. La vérité est qu'il faut établir un départ entre les différents cas qui se présentent; mais, *a priori*, voici comment le problème, dans son ensemble, peut et doit être posé : pour qu'on ait le devoir, ou, tout au moins, pour qu'on ait le droit d'intervenir dans un cas pareil, deux conditions formelles doivent être remplies par le malade et par l'opération. Il faut : 1° que l'opération soit sans danger; 2° que la lésion, bénigne en apparence, soit grave par ses suites dans la majeure partie des cas.

(1) Extrait du *Traité de thérapeutique chirurgicale des maladies du crâne.* — Chez O. Doin (sous presse.)

Nul doute en ce qui concerne le premier point; c'est sur le second que roule aujourd'hui le débat. Pour les uns, tout enfoncement du crâne expose à des accidents ultérieurs à échéance variable : on a ainsi observé la folie, l'épilepsie jaksonienne, des paralysies diverses, sans compter la suppuration tardive du foyer de la fracture ou des méninges. De là, un danger constant de mort ou d'infirmité pour les malades, qui ne peuvent pas encore en être quittes avec leur traumatisme, cinq, dix, quinze ans même après l'accident. De l'avis des autres, le tableau n'est pas si sombre : le cerveau s'habitue fort bien à une compression qui ne porte que sur une petite étendue de sa surface; la pathologie offre, chaque jour, de ce fait des exemples frappants sur lesquels Desault insistait autrefois, lorsqu'il faisait à la trépanation le procès que l'on connaît. Alors donc, si les accidents ne sont pas si fréquents qu'on le proclame, de quel droit intervenir ? Pourquoi parer un danger qui n'existera peut-être jamais ? Et plus tard ne sera-t-il pas toujours temps de pratiquer une trépanation secondaire, quand des troubles ultérieurs — s'ils apparaissent jamais — viendront la justifier ? En pareille matière, on peut dire que les uns et les autres ont raison; c'est surtout une affaire de tempérament chirurgical. Cependant il y a des règles générales à établir, ainsi que nous l'écrivions déjà, Broca et moi, en 1888; pour établir ces règles, il faut classer les cas.

1° Fracture ouverte avec ou sans enfoncement. — Soit, par exemple, un enfoncement avec plaie : ici la porte est déjà ouverte à l'infection. Dès lors, que pourrait-on bien alléguer contre l'opération ? Elle n'augmente certes pas les chances de contamination; bien mieux, elle permet de régulariser la plaie et d'en assurer l'asepsie. Tout milite en faveur de l'intervention. Aussi quand, à travers les lésions des parties molles, on peut diagnostiquer un enfoncement du crâne, ou seulement une fissure étoilée de la voûte,

je pense que l'indication est nette et qu'il faut opérer; on sait, en effet, qu'à cette fissure étoilée répond presqne toujonrs, sinon tonjours, un enfoncement de la table interne de l'os.

Dût, au reste, cet enfoncement de la lame vitrée ne pas exister, il y aurait encore intérêt à ouvrir le crâne, même en cas de simple fissure, si la plaie semblait infectée, pour prévenir la migration des germes au travers de la solution de continuité : c'est l'opinion d'Albert, de G. Marchant, de Wiseman. C'est aussi la mienne.

Il fant bien reconnaître, cependant, que la clinique inflige quelquefois des démentis à cette règle thérapeutique. Je me rappelle avoir examiné et pansé un malade sur la tête duquel un cheval, qui s'était cabré, était venu appnyer nne de ses ferrures antérieures, déterminant ainsi, snr le blessé, une vaste plaie des téguments et un léger enfoncement du crâne. Uu de mes maîtres ne fut point d'avis qu'on trépanât, malgré le conseil qu'un de mes collègues et moi nous avions, de prime abord et sans hésitation, donné au patient. La guérison fut rapide. Il y a déjà de cela cinq ans ; le malade n'a jamais présenté le moindre trouble.

2° *Fracture fermée avec dépression.* — Soit maintenant une fracture par enfoncement sans plaie extérieure. « Trépanez ! » disent Sédillot, E. Bœckel, Pozzi, et aussi Agnew qui, au Congrès de Washington, en 1891, a vivement combattu l'abstention et conseillé d'opérer dans tous les cas d'enfoncement, si minime que soit celui-ci. « Trépanez ! » disent encore Keen et Chiené qui ont formulé des conclusions analogues à celles d'Agnew. « Laissez les choses en l'état », répondent, au contraire, MM. Tillaux, Le Fort, Berger, G. Marchant, qui attendent, pour intervenir, l'explosion des accidents encéphaliques, et aussi Kœnig qui, redoutant, après l'opération, l'infection ultérieure, pense que, même sous le règne de l'antisepsie, il n'est pas d'intervention qui vaille un tégument intact. Kœnig n'est pas, à mon avis, dans le vrai. Sans doute la grosse affaire, dans une fracture de la voûte, c'est la plaie des téguments et non pas l'enfoncement ; sans doute encore, l'abstention peut, à quelques-uns, apparaître, en règle générale, commandée par la fréquence de la guérison spontanée. Mais, en ce qui me concerne, je suis plus influencé par la crainte de l'épilepsie ou des paralysies traumatiques que par la prétendue gravité de la trépanation et je me déclare partisan de l'intervention active.

3° *Fracture sans plaie, sans enfoncement et sans fissure apparents.* — Pour ce qui regarde les enfoncements craniens limités à la table interne, enfoncements que ne permet de diagnostiquer ni l'existence d'une plaie, ni la constatation d'nne fêlure de la table externe, le problème devient autrement délicat. On sait, en effet, que parfois la lame vitrée seule se brise, envoyant ses esquilles dans les méninges et dans la snbstance cérébrale. Sédillot, partisan de la trépanation immédiate en pareille occasion, s'est longuement occnpé des symptômes qui, selon lui, ponvaient permettre de poser un diagnostic précis. On a parlé de bruit de pot fêlé ; on a dit que l'auscultation du crâne révélait des bruits de frottement. Rien de tout cela n'est solidement établi, et je pense que la trépanation n'est nullement justifiée par un enfoncement purement hypothétique de la table interne, sans lésion de la table externe. Que cette lésion existe, cela n'est aujourd'hui pas douteux ; mais nous ne connaissons encore aucun signe, hors les symptômes cérébraux localisés, qui nous permette de la diagnostiqner. L'intervention n'est et ne peut donc être légitimée que par des troubles parfaitement déterminés du fonctionnement cérébral ; or, je suppose précisément ici le cas où ces troubles n'existent pas.

II

Les fractures de la base sont presque toujours, on le sait, des fractures ouvertes ; elles commnniquent avec les fosses nasales on l'oreille moyenne. Il importe donc, avant tont, d'assurer, dans la mesure du possible, l'asepsie des cavités nasales, de la caisse, du pharynx et de la trompe.

Pour la trompe et la caisse, la chose n'est pas facile, et ce serait un leurre de faire fonds snr la désinfection parfaite de ces régions profondes et cachées. Pour les cavités nasales, le pharynx et le conduit auditif externe, il importe d'y pratiquer des irrigations antiseptiques abondantes et répétées ; entre temps, on doit aussi les bourrer de gaze naphtolée. On évitera ainsi, dans certains cas, l'infection du foyer de la fracture.

Mais ne peut-on pas aller plus loin et le chirurgien est-il pareillement désarmé, en pareille occurence, qu'il doive, pour préserver ses malades du danger qui les guette, se contenter de ces moyens si imparfaits et si incertains?

Dans ces dernières années, on a précisément essayé d'aborder la fracture et de lui faire subir un

traitement plus direct. Chipault, qui a relevé les observations publiées à cet égard, tire de l'étude des interventions que ses lectures lui ont fait connaître les conclusions suivantes : « Les faits précédents et ceux analogues autorisent, croyons-nous, à comprendre comme suit l'intervention directe dans les fractures de la base :

« Quelle que soit la région où l'on opère, incision en U pour la même raison et avec les mêmes détails de technique que nous avons indiqués à propos des fractures de la voûte.

» Puis, lors de fracture de l'étage antérieur, ouvrir le crâne soit au-dessus de la glabelle, ce qui, même sur la lame criblée de l'ethmoïde et la partie médiane de l'étage; soit au-dessus du rebord orbitaire, sans le détruire, ce qui conduit directement sur la voûte de l'orbite; soit à 1 centimètre au-dessus et 1 centimètre en arrière de l'angle orbito-temporal, ce qui conduit encore sur cette voûte, mais plus en arrière, au niveau de la petite aile du sphénoïde. Lors de fracture de la fosse moyenne, ouvrir à 1 centimètre au-dessus et 2 centimètres en avant du méat, en désinsérant ou réclinant, au besoin, le muscle temporal, et même en sectionnant, à ses extrémités, l'arcade zygomatique pour permettre l'abaissement plus complet du lambeau de parties molles et se donner plus de jour. Lors de fracture de l'occipital, ouvrir de préférence sur le milieu de la ligne qui va du sommet de la mastoïde à l'inion, ou, si c'est nécessaire, plus bas et plus avant jusqu'au rebord du trou occipital et jusqu'à la ligne transversale joignant le bord postérieur des condyles occipitaux au bord postérieur de la mastoïde; on se rappellera qu'en avant de cette ligne se trouve une zone inabordable, la zone carotido-jugulaire.

» La résection cranienne sera commencée au ciseau et au maillet, puis agrandie à la pince emporte-pièce. « On manœuvrera avec beaucoup de précautions, en n'oubliant pas qu'on agit sur les parties les plus minces de la partie cranienne, réduite souvent, au niveau des fosses cérébelleuses ou de la région temporale, à l'épaisseur d'une feuille de papier.

» Ciseau et pince, sont, du reste, bien supérieurs en ces points au trépan, difficile à appliquer, ne pouvant souvent pas sectionner la moitié inféro-interne de la rondelle au niveau des régions occipitale et zygomatique, exigeant sur les sinus frontaux l'application de deux couronnes de diamètre différent, la première pour leur paroi antérieure, la seconde pour la postérieure et de diamètre nécessairement très petit.

» L'ouverture cranienne doit être grande : elle doit permettre d'explorer, suivant les cas, la fosse antérieure jusqu'au rebord des petites ailes du sphénoïde, ou la fosse moyenne jusqu'à la fente sphénoïdale, en avant, jusqu'à la crête du rocher en arrière, jusqu'à la carotide en dedans, ou enfin la fosse postérieure jusqu'au sinus latéral et aux rebords du trou occipital. Il est, du reste, difficile de passer d'une de ces aires chirurgicales à l'autre, limitées qu'elles sont par des adhérences dure-mériennes très solides et par des sinus plus ou moins volumineux.

» Sur la voûte orbitaire, dans les fosses cérébelleuses, la dure-mère se laisse décoller sans peine. A l'étage moyen, elle adhère davantage, surtout au niveau du trou sphéno-épineux. On pourra cependant sans effort la détacher et la soulever à l'aide d'un large écarteur. Pour faciliter cette manœuvre, nous avons fait construire par M. Collin un écarteur spécial de forme correspondante à celle de l'étage moyen du plancher. Cet écarteur ne comprime point le cerveau, forme réflecteur par sa face inférieure et permet de voir clair au fond de la plaie opératoire.

» Sauf, bien entendu, dans les cas où la dure-mère étant déchirée, les espaces extra- et intra-duraux communiquent largement entre eux, on doit faire le nettoyage et l'antisepsie de la plaie opératoire en deux temps : un premier temps extra-dural, avant ouverture de la dure-mère, temps pendant lequel on suit le trait de fracture, enlève les caillots qui le recouvrent et emploie les antiseptiques les plus énergiques pour détruire les agents infectieux qui ont pu déjà envahir le foyer; un second temps intra-dural où l'on se servira beaucoup plus prudemment d'antiseptiques faibles, ne lésant pas le tissu cérébral, souvent dénudé et dilacéré.

» Le drainage doit être, lui aussi, divisé en drainage intra-dural et drainage extra-dural. Le drainage intra-dural sera discret, fait après fermeture aussi complète que possible de la dure-mère, à l'aide d'un faisceau de catgut, bien préférable à l'os décalcifié et au caoutchouc, beaucoup trop durs, et aux crins de cheval, difficiles à introduire et porteurs de pointes singulièrement offensantes. Le drainage extra-dural sera fait à la gaze iodoformée ou sublimée, qui, non seulement draineront, mais encore s'opposeront à l'infection du foyer par le trait de fracture. Aussi devra-t-on en recouvrir celui-ci complètement. Au besoin même, on étalera

une nappe épaisse et large de gaze sur toute la fosse explorée. On peut, dit Collins Warren, imaginer des cas où il deviendrait logique de trépaner les deux écailles temporales pour pouvoir drainer complètement l'étage moyen. »

Cette intervention directe du chirurgien sur la fracture a un double but : 1° désinfecter le foyer; 2° extraire les caillots qui, autour de la fracture, ont pu se former soit en dehors, soit en dedans de la dure-mère.

Il est impossible, à l'heure qu'il est, de prévoir l'avenir qui est réservé à la trépanation dans ces cas de fracture de la base du crâne communiquant avec les cavités naturelles de la face. Il faut bien dire qu'on est fortement poussé à l'opération par la connaissance des accidents auxquels sont soumis, dans la grande majorité des cas, les blessés; quand, en effet, ceux-ci ne succombent pas dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures, emportés par le shock et la commotion cérébrale, on voit, ordinairement, après une huitaine de jours, apparaître et se dérouler tous les symptômes d'une méningo-encéphalite mortelle : les os sont infectés et, autour d'eux qui suppurent, les enveloppes du cerveau sont envahies par les organismes venus des cavités voisines.

Certes, la désinfection de ces cavités, telles qu'on la pratique aujourd'hui a atténué, dans une certaine mesure, la gravité du pronostic qui s'attachait, il y a quelques années encore, aux fractures de la base du crâne; mais ce pronostic reste, encore et malgré tout, très sévère pour la double raison que voici : d'une part, ainsi que je le disais plus haut, il est très difficile ou impossible de stériliser le pharynx, les fosses nasales, la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et, d'autre part, le chirurgien arrive souvent trop tard pour que les mesures préventives, si bien qu'elles soient prises, aient des chances sérieuses de succès.

Mais, quels que soient les dangers courus par les malades et quelque séduisante qu'apparaisse, *a priori*, la trépanation, elle me paraît d'autant moins justifiée par les quelques observations publiées jusqu'à ce jour à l'étranger, que l'opération n'a ordinairement pas suffi à enrayer les phénomènes infectieux et qu'elle n'a fourni d'heureux résultats que dans les cas où elle a été pratiquée avant l'apparition de ces phénomènes, comme méthode préventive, dans de telles conditions qu'on ne sait vraiment pas si c'est des simples efforts de la nature ou bien de l'intervention du chirurgien qu'est venue la guérison.

Si bien qu'aujourd'hui le problème doit être ainsi posé : un malade atteint d'une fracture de la base du crâne est présenté au chirurgien; celui-ci doit-il faire de suite la trépanation préventive (la seule qui jusqu'à ce jour ait donné quelques succès, succès qu'on aurait, au reste, peut-être obtenus sans elle), ou simplement nettoyer de son mieux et stériliser dans la mesure du possible les cavités voisines ? Peut-être l'avenir est-il à l'intervention radicale. Pour le présent, il me paraît sage de s'abstenir. C'est, tout au moins, la conduite qui s'impose à la grande majorité des médecins. Il est entendu, d'ailleurs, que cette critique ne vise en rien les fractures isolées, partielles de la base du crâne (fractures de l'apophyse mastoïde; fractures du sinus frontal) pour lesquelles se présente tout naturellement à l'esprit la nécessité d'une action chirurgicale hâtive : cathétérisme ou ouverture du sinus, nettoyage et tamponnement de sa cavité, régularisation de la fracture, extraction des esquilles, désinfection du conduit auditif, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 novembre. — Présidence de M. DELENS.

Traitement de l'occlusion intestinale.

M. Schwartz. — Je pense, comme beaucoup de mes collègues, que le diagnostic de l'occlusion intestinale présente des difficultés considérables. Si, lorsque le ventre n'est pas trop ballonné, on peut souvent reconnaître le siège de l'obstacle, il n'en est pas moins extrêmement difficile, dans la plupart des cas, d'en déterminer la nature. Même lorsque le ventre est ouvert, il n'est pas toujours possible de trouver la cause de l'obstruction; je me suis, pour ma part, heurté trois fois à cette impossibilité, sur quinze cas d'occlusion intestinale que j'ai relevés dans mes observations.

Chez 7 malades, les lavements électriques m'ont donné un résultat excellent; dans les 8 autres cas, j'ai pratiqué 6 fois la laparotomie et 2 fois je me suis contenté d'établir un anus artificiel. Ces deux derniers faits concernaient des hommes âgés, l'un de 72, l'autre de 76 ans, qui ont guéri tous les deux. Sur les 6 malades que j'ai traités par la laparotomie, 2 ont guéri et les 4 autres sont morts, je n'en considère pas moins la laparotomie, comme l'opération de choix dans le traitement de l'occlusion intestinale, chaque fois que le sujet est assez robuste pour la supporter. L'anus iliaque n'est qu'une opération d'urgence, à laquelle j'ai eu seulement recours lorsque la laparotomie me paraissait contre-indiquée.

M. Peyrot. — Il y a vingt ans, j'ai eu l'occasion, dans

un travail sur l'occlusion intestinale, de me prononcer en faveur de la laparotomie, réservant l'anus artificiel aux cas dans lesquels celle-ci ne pouvait être pratiquée, en raison de l'extrême faiblesse du malade. Les conclusions auxquelles j'arrivais à cette époque me semblent avoir été adoptées par la plupart de mes collègues.

Je ne crois pas que les succès obtenus à la suite de l'établissement d'un anus iliaque puissent être opposés à la laparotomie, et, en ce qui me concerne, vingt guérisons consécutives à la simple création d'un anus artificiel ne me consoleraient pas d'un seul insuccès constaté après l'emploi de cette méthode et dans lequel l'autopsie me montrerait un obstacle que la laparotomie eût pu permettre de lever.

Donc, à mon avis, l'établissement d'un anus iliaque doit être considéré comme un pis aller, auquel nous ne devons recourir qu'à contre-cœur, lorsque la laparotomie n'est pas possible.

J'ajoute qu'il est des cas où l'on commet une erreur de diagnostic, prenant pour une obstruction intestinale certaines formes de péritonites aiguës qui empruntent l'aspect de l'occlusion; la fréquence de ces faits me paraît constituer un argument de plus en faveur de la laparotomie.

Corps étrangers du rectum.

M. Gérard-Marchant. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail qui nous a été adressé par M. Delbet, à propos d'une observation de corps étrangers du rectum. Notre collègue fut appelé auprès d'un homme de 41 ans, qui s'était introduit dans le rectum une bouteille mesurant vingt-quatre centimètres de longueur et cinquante-sept millimètres de diamètre. Le fond de la bouteille se trouvait au-dessus de saillie du coccyx et le goulot était perçu au-dessus du pubis, à travers la paroi abdominale. Comme l'avait fait avant lui l'interne de garde, M. Delbet essaya sans succès d'extraire ce corps étranger, et, s'étant convaincu que la résistance provenait du coccyx, il dut désarticuler cet os, après section du sphincter et de la partie postérieure du rectum : la bouteille fut alors facilement retirée.

A l'occasion de cette observation, M. Delbet a institué des expériences cadavériques et il a pu ainsi se rendre compte que l'introduction d'un pareil corps étranger dans le rectum était assez facile au début, mais qu'on éprouvait une très grande résistance dès que le goulot venait buter contre le promontoire; pour que la pénétration fût complète, il fallait exercer une force assez considérable, et, alors, comme mû par un ressort, le corps étranger disparaissait dans le rectum, le goulot projeté en avant et le fond venant se placer au-dessus du coccyx. D'après les recherches qu'il a faites sur un certain nombre de cadavres, notre collègue pense que c'est à l'aponévrose périnéale moyenne, refoulée au début de la pénétration et fortement tendue, qu'il faut attribuer ce phénomène de ressort constaté dans le deuxième temps de l'introduction du corps étranger.

Je puis rapprocher de cette observation un fait analogue, appartenant à M. Buffet (d'Elbeuf), et dans lequel le corps étranger était un verre à pied, dont le bord libre, introduit en dernier, butait au-dessus du coccyx, que notre confrère dut également réséquer après avoir simplement sectionné le sphincter.

M. Bazy. — J'ai eu récemment l'occasion d'enlever par les voies naturelles, avec M. Broussain (de Versailles), une bouteille en verre un peu plus volumineuse que celle que nous a montrée M. Delbet et qu'un homme d'une cinquantaine d'années s'était introduite dans le rectum. Une première tentative d'extraction n'ayant pas réussi, je dus employer le chloroforme et, à l'aide d'un forceps, j'enlevai ce corps étranger avec la plus grande facilité.

M. Broussain m'a communiqué un autre fait dans lequel, en 1889, chez un homme de 40 ans, il eut à extraire un saucisson volumineux introduit dans le rectum; l'extirpation, dans ce cas, eut lieu sans difficulté par morcellement.

M. Reynier. — Il ne me semble pas nécessaire de faire jouer à l'aponévrose moyenne du périnée le rôle qui vient de lui être attribué, la direction du rectum expliquant suffisamment la position sensiblement horizontale que prend le corps étranger introduit dans la portion terminale du tube digestif; en effet, pour qu'une bouteille, pénétrant dans le rectum, y demeurât verticale, il faudrait qu'elle perforât l'intestin.

M. Gérard-Marchant. — La direction du rectum permet au corps étranger de prendre une position horizontale, mais elle ne commande pas cette position, le rectum lui-même ayant un rôle entièrement passif dans le mécanisme de l'introduction qui ne s'explique bien que par le ressaut de l'aponévrose périnéale moyenne fortement tendue.

M. Poirier. — La direction de la paroi, dite à tort *antérieure*, du rectum est en réalité *antéro-inférieure*, presque horizontale même, et cela suffit à faire prendre cette dernière position au corps étranger introduit dans le rectum.

Invagination intestinale déterminée par un adénome.

M. Faure. — Je vais vous montrer tout à l'heure un malade que j'ai opéré au mois d'août dernier dans les conditions suivantes : cet homme avait déjà subi une laparotomie exploratrice pour des accidents abdominaux qui avaient été rapportés à de la tuberculose péritonéale; devant son insistance, je pratiquai une nouvelle laparotomie qui me conduisit sur une volumineuse tumeur, constituée par une invagination chronique de l'intestin grêle. Cette invagination ayant été réduite avec

quelque difficulté, je sentis à travers les parois de l'intestin une tumeur du volume d'une noix, que la taille intestinale me permit d'enlever rapidement. Il s'agissait d'un adénome pédiculé qui, situé à quatre-vingts centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, avait été la cause de l'invagination. Mon opéré, qui était moribond au moment de l'intervention, a engraissé de vingt kilogrammes depuis lors et aujourd'hui il se porte admirablement.

M. Loison (médecin militaire) lit une observation de péritonite par perforation consécutive à un ulcère du duodénum, traitée par l'expectation et suivie de mort.

Présentations de malades.

M. Walther montre une malade à laquelle il a extirpé le lobe hypertrophié du corps thyroïde chez une femme atteinte de troubles pseudo-basedowiens, et, en particulier, de palpitations et de tremblements. La malade est très améliorée.

M. J.-H. Faure présente un malade auquel il a enlevé le 3 août dernier, un adénome de l'intestin grêle. Cette tumeur du volume d'une noix, était pédiculée et siégeait à quatre-vingt-huit centimètres environ de la valvule iléo-cæcale. Elle avait déterminé la production d'une invagination chronique. L'invagination réduite, le polype fut enlevé par la taille intestinale. Le malade, moribond au moment de l'opération, a engraissé de vingt kilogrammes.

Présentation de pièce.

M. Lejars présente un sarcome de la valvule iléo-cæcale qu'il a réséqué avec succès.

(*Semaine médicale.*)

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Tenue à Paris du 21 au 23 octobre 1897.

Séance du 22 octobre.

(Suite).

Pyonéphrose ou congestion rénale.

M. Loumeau (de Bordeaux). — Chez une femme atteinte depuis longtemps de cystite intense avec énorme calcul vésical et urétéropyélite, les deux reins étaient gros et douloureux, le droit plus encore que le gauche. En même temps il existait de la fièvre vespérale, de la sécheresse avec teinte subictérique de la peau, de l'amaigrissement et une prostration profonde de l'état général, une purulence et une fétidité extrêmes des urines. Une fois le calcul enlevé par la taille vaginale dont je laissai subsister, à l'état fistuleux, la plaie opératoire pour mieux assurer le drainage permanent de la vessie et des uretères, la persistance de la tuméfaction rénale et des accidents généraux, me fit conclure à l'existence d'une double pyonéphrose plus développée du côté droit. Je fendis le rein droit par la voie lombaire quinze jours après mon intervention vésicale; il était très gros, rouge pourpre, mais ni dilaté, ni purulent. Je le refermai immédiatement par une suture au catgut, et la plaie était, au bout de huit jours, complètement cicatrisée. Il s'agissait ici, non pas d'une pyonéphrose, ainsi que je l'avais cru par erreur, mais d'une simple congestion rénale. Celle-ci a, dans l'espace de quelques semaines, entièrement disparu, tant du côté gauche non opéré que du côté néphrotomisé.

Nouvelles observations de cathétérisme cystoscopique des uretères.

M. J. Albarran (de Paris). — Au Congrès de Moscou, j'ai décrit les résultats que mon procédé de cathétérisme urétéral m'a permis d'obtenir au point de vue de la physiologie pathologique, du diagnostic et du traitement des maladies chirurgicales du rein. Avec M. Guyon, nous vous avons dit les recherches de physiologie pathologique que ce cathétérisme nous a permis d'entreprendre. Je désire maintenant vous résumer trois observations nouvelles qui me paraissent intéressantes :

1° *Hydronéphrose diagnostiquée cliniquement. Erreur reconnue par le cathétérisme urétéral.* — Avec M. Ch. Nélaton, nous avons vu une dame de 42 ans, dont le ventre avait beaucoup grossi depuis six mois, sans autres symptômes que quelques troubles digestifs et de la fatigue. La malade n'urinait que de trois à quatre cents grammes dans les vingt heures; à deux reprises elle avait eu, sans douleur, des crises de polyurie abondante. A l'examen, on constate une volumineuse tumeur abdominale remplissant tout le côté droit du ventre et dépassant à gauche le bord externe des muscles droits. La tumeur est lisse, rénitente, régulière, mate à la percussion, sa matité se continuant avec celle du foie; elle a le contact lombaire. Nous pensons, Nélaton et moi, à une hydronéphrose. Avec mon cystoscope, j'introduis facilement une sonde dans l'uretère et jusque dans le bassinet droit, et je laisse cette sonde à demeure pendant quarante-huit heures. D'un autre côté, je recueille l'urine de la vessie et je vois, par l'analyse comparative des deux urines, que les deux reins fonctionnent d'une manière analogue. Me basant sur ce que, dans les rétentions rénales, on ne voit jamais les deux reins fonctionner de la même manière, j'écarte le diagnostic d'hydronéphrose. Le 9 septembre 1897, je fais la laparotomie et j'enlevai un énorme kyste multiloculaire de l'ovaire adhérent au foie et à la paroi abdominale. La malade guérit rapidement.

2° *Calcul du rein droit directement senti avec la sonde introduite dans l'uretère.* — Il s'agit d'un malade

de Barcelone, opéré il y a un an de néphrolithotomie du rein gauche. Depuis l'opération, il persiste une fistule lombaire, mais le malade n'est pas soulagé. Le seul symptôme qui ait disparu est l'hématurie; mais les douleurs continuent, les urines sont toujours très purulentes et tout travail est impossible. Je pratique, le 29 septembre, le cathétérisme urétéral du côté non opéré, c'est-à-dire à droite: il s'écoule de suite par la sonde quinze grammes de liquide uropuruleut qui, à l'analyse, montre un fonctionnement rénal médiocre. En retirant la sonde, je perçois, de la manière la plus nette, la sensation d'un calcul qui gratte contre ma sonde, exactement comme on sent parfois dans la vessie un calcul avec un instrument mou.

3° *Epithélioma et tuberculose coexistant dans le même rein. Diagnostic de la valeur fonctionnelle comparative des deux reins.* — Au mois de juillet de cette année est entré à Necker un malade tuberculeux, dont le rein gauche était augmenté de volume et qui présentait des hématuries à répétition et des urines purulentes.

Par le cathétérisme des deux uretères, je constatai: *a) du côté du rein malade* qu'on ne pouvait introduire qu'une sonde de petit calibre et que l'urine des vingt-quatre heures était purulente, en petite quantité (250 gr.) et ne contenait que deux grammes d'urée en vingt-quatre heures; *b)* du côté de l'autre rein que le cathétérisme était facile et que le rein sécrétait 1,500 grammes d'urine limpide contenant seize grammes d'urée. Ces analyses me conduisirent au diagnostic d'urétérite avec rétrécissements et de pyonéphrose gauche; comme je savais que le rein gauche ne valait presque rien au point de vue fonctionnel et que le rein droit faisait à lui seul tout le travail, je pratiquai la néphrectomie et j'extirpai, en même temps, douze centimètres de l'uretère. Ce malade guérit rapidement et continue à bien aller. Le rein enlevé était tuberculeux et, en outre, présentait dans sa portion supérieure un noyau d'épithélioma alvéolaire de la grosseur d'une châtaigne, l'uretère était rétréci par des lésions tuberculeuses avancées; le bassinet dilaté contenait du pus.

Les grosses tumeurs du rein.

M. Carlier (de Lille). — Les grosses tumeurs du rein ne sont pas très rares, mais, elles ont, en général, une évolution rapide qui ne cadre pas avec le cas suivant que j'observe en ce moment.

Il s'agit d'un homme de 55 ans, chez lequel un varicocèle gauche apparut en 1887. Deux ans après, survint une hématurie grave: M. Guyon, appelé auprès du malade, diagnostiqua tumeur du rein gauche et déconseilla toute intervention, depuis lors, ce malade présente tous les sept ou huit mois, une hématurie considérable qui dure environ trois jours. Actuellement, son état général est parfait, et en examinant le ventre, on y constate l'existence d'une tumeur mesurant le volume d'une tête d'adulte, occupant l'hypochondre et le flanc gauche, et dépassant à droite la ligne blanche. J'ai colligé un grand nombre d'observations de tumeurs du rein, opérées ou non opérées, et je n'ai pas trouvé dans la littérature médicale un seul cas de tumeur maligne dont l'évolution ait duré dix ans. Mon malade aurait-il bénéficié de la néphrectomie? Je ne crois pas, à en juger par la lecture des observations, que le résultat eût été meilleur que celui qu'a procuré ici l'abstention.

M. Malherbe. — J'ai vu chez une femme atteinte de syphilis évoluer une grosse tumeur abdominale qui fut prise pour un kyste de l'ovaire.

La malade refusa toute intervention; mais après quatre ans, en 1887, la tumeur ayant beaucoup grossi, l'opération fut acceptée. On rencontra deux tumeurs, dont l'une était un kyste ovarique et l'autre un rein en hydronéphrose. Le microscope seul permit de reconnaître qu'il s'agissait du rein. En ce qui concerne la tumeur observée par Carlier, peut-être eût-il mieux valu l'enlever si l'on avait pu en reconnaître la nature relativement bénigne.

Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du rein.

M. Legueu (de Paris). — Le varicocèle symptomatique des tumeurs du rein n'a pas seulement la grande valeur diagnostique que lui attribue M. Guyon, il comporte aussi au point de vue pronostique une importance de premier ordre.

A l'aide de documents cliniques et anatomo-pathologiques, j'ai établi, en effet, que le varicocèle ne reconnaissait pas pour cause la compression de la veine spermatique par la tumeur, mais par des ganglions dégénérés. J'ai eu l'occasion récemment de confirmer sur un malade ces conclusions auxquelles mes recherches m'avaient conduit, il y a deux ans.

Un malade se présentait à moi avec les trois symptômes principaux que voici: hématurie, varicocèle et tumeur lombaire gauche. Je diagnostiquai un cancer du rein gauche, du gros volume, et pratiquai une laparotomie exploratrice pour me rendre compte du volume et des connexions de la tumeur. Au cours de l'opération, je reconnus que la rate était seule augmentée de volume, mais le rein ne présentait pas de dégénérescence. Le malade ne résista pas à l'opération, et succomba deux jours plus tard. A l'autopsie, je trouvai un noyau cancéreux dans le rein gauche, et des masses ganglionnaires énormes le long de la colonne vertébrale et comprenant la veine spermatique.

Ce fait montre donc bien comment il n'est aucun rapport entre le volume de la tumeur de la production du varicocèle. Celui-ci n'est que la manifestation extérieure de l'adénopathie secondaire. Et de ce qu'un cancer s'ac-

compagne d'un varicocèle précoce ou tardif, on peut conclure qu'il y a déjà propagation ganglionnaire. Cette conclusion atténue encore les espérances qu'on était en droit de formuler sur les résultats des petites tumeurs, des noyaux limités, considérés jusqu'ici comme curables par la néphrectomie. Il faut, en effet, dans ces conditions, ou ne pas opérer, ou si on opère, poursuivre et enlever les masses ganglionnaires.

Néphrotomie pour anurie chez une femme ayant un rein unique.

MM. Chevalier et Mauclaire (de Paris). — L'observation que nous résumons rapidement se rapporte à une femme de 36 ans que nous avons opérée à Necker.

Cette femme a eu, à l'âge de 26 ans, des phénomènes de suppuration urinaire, puis de pyonéphrose (uropyonéphrose). A la suite d'une série de cures, il lui fut fait en ville, il y a six ans, une néphrectomie droite, sur un rein très distendu, de poche uropyonéphrotique.

Un an après, le rein qui lui restait se prit à son tour; des crises d'uropyonéphrose survinrent, d'abord espacées, puis rapprochées. Enfin, le 16 septembre 1897, apparut la dernière crise, avec anurie totale. Le 20 septembre nous l'opérâmes, alors qu'elle était en anurie depuis quatre jours, avec un état général mauvais et des signes d'urémie. La néphrotomie lombaire lui fut faite rapidement; elle nous fit voir un rein énormément distendu; l'incision du bord convexe évacua près d'un litre d'urine légèrement trouble; nous installâmes un drainage avec deux gros tubes; les suites opératoires furent très simples, l'état de la malade s'améliora dès le jour même, et actuellement elle serait en parfait état, n'était la fistule persistante qu'il n'est pas possible de lui fermer.

Nous notons encore que jamais une goutte d'urine n'est passée par l'uretère; toute l'évacuation de l'urine se fait par la plaie. Un jour, au cours d'un lavage rénal, fait à la malade, il survint un accès de fièvre à 40°. Ce fait confirme notre pensée, qu'il valait mieux, actuellement au moins, et surtout au moment de l'intervention, ne pas faire le cathétérisme de l'uretère.

Il fallait aller au plus pressé; la néphrotomie, aussi peu traumatisante que possible, a sauvé cette malade.

Ultérieurement, nous pourrions penser faire le cathétérisme de l'uretère; mais nous sommes persuadés que cette femme devra conserver toute sa vie sa fistule; c'est la sauvegarde de sa santé. Une nouvelle mise en tension de son rein pourrait avoir les conséquences les plus graves et ramener une anurie, cette fois mortelle.

Sur la cure des exstrophies vésicales par la suture marginale.

M. Duret (de Lille). — Dans un premier travail publié en 1891, j'ai divisé les exstrophies vésicales en trois groupes : 1° les exstrophies partielles; 2° les exstrophies complètes; 3° et les extrophies complexes. Il serait inexact de penser, en effet, que le vice de conformation soit toujours identique, et qu'il faille constamment recourir à l'extirpation de l'organe atrophié, ou à des autoplasties cutanées, dont tout le monde connait les inconvénients. Il est des cas où il s'agit d'une simple fissure vésicale inférieure, avec ou sans altération du pubis; il en est d'autres où la paroi antérieure est simplement divisée, sans qu'il y ait perte de substance étendue. Le globe vésical est simplement éversé, et un peu rétracté; plus petit, comme infantile. Mais on peut le réduire et constater qu'une cavité est ainsi rétablie. Il suffit de le fermer par une suture. Bref, on rétablit le globe vésical par réfection pure et simple, comme on guérit opératoirement l'hypospadias et l'épispadias, dans les procédés de Duplay et Anger.

Les principaux temps opératoires sont les suivants: Premier temps, dissection de l'organe exstrophié et avivement; deuxième, réduction de la vessie et suture de ses bords; troisième, avivement et fermeture de l'urèthre épispade; quatrième, autoplastie de la paroi abdominale (muscles et peau) pour soutenir la vessie réduite. Autoplastie de la peau de la verge. L'auteur relate (avec figures à l'appui) deux cas où il a employé ce procédé; l'un chez un enfant du sexe féminin, l'autre chez un enfant du sexe masculin. Plus l'intervention sera hâtive, c'est-à-dire plus elle se fera dans le premier âge, plus elle trouvera d'heureuses applications; plus tard l'organe ectopié subit des déformations et des rétractions qui rendent le résultat plus difficile à atteindre.

M. Pousson. — Je profite de la communication de M. Duret pour exposer la modification que j'ai apporté au procédé de Segond, qui présente, on le sait, ce grand avantage de refaire la paroi antérieure de la vessie avec les tissus vésicaux eux-mêmes. Au lieu de disséquer la partie supérieure de la vessie, en dédoublant la paroi abdominale, dissection qui fournit un lambeau mince et de peu de vitalité, je pénètre franchement dans la cavité abdominale et j'ai ainsi un lambeau épais et bien nourri. Ce lambeau rabattu sur la partie inférieure de l'exstrophie et suturé à ses bords, la brèche de la paroi est fermée par une série de sutures à étages, qui réunissent de dedans en dehors le péritoine, le fascia transversalis s'il existe, les muscles droits, l'aponévrose de la ligne blanche, et enfin la peau.

Deux cas d'anurie calculeuse. — Nécessité de l'opération précoce.

M. Bégouin (de Bordeaux). — J'ai observé, cette année, deux faits d'anurie calculeuse.

Le premier, chez une femme qui, ayant refusé toute opération, mourut le onzième jour de son anurie; dès le troisième jour, elle avait présenté des signes d'intoxication (refroidissement); le sixième elle avait du subdé-

lire, et, à partir du huitième, elle était tombée dans le coma.

Le second se rapporte à un homme de 51 ans, que M. Binaud et moi opérâmes au cinquième jour de son anurie, en pleine période de tolérance apparente, par la néphrotomie lombaire.

Le soir, le malade semblait aller assez bien et urinait par la verge, après avoir rendu des graviers. Les jours suivants, bien qu'il urinât en assez grande quantité, il fut pris d'abord de subdélire nocturne, puis, le quatrième jour, de tiraillements musculaires, de délire continu, et mourut dans le coma huit jours après l'opération, sans avoir jamais présenté de fièvre, de suppuration au niveau de sa plaie, ni de signe de péritonite. L'intoxication iodoformée ne peut être accusée.

Pour M. Binaud et pour moi, cet homme a succombé à des phénomènes urémiques.

L'organisme était probablement déjà trop intoxiqué au moment où l'intervention a été faite, et le chloroforme absorbé pendant une heure et demie d'anesthésie a peut-être suffi à déterminer un peu plus tard, et malgré l'émission d'urines, l'apparition de phénomènes qui, jusque-là étaient restés latents.

Cette mort par urémie, malgré le rétablissement de la fonction urinaire, n'est pas très rare. C'est qu'on intervient trop tard et quand l'organisme est déjà trop intoxiqué pour pouvoir être débarrassé de ses poisons par le seul rein, le plus souvent altéré, dont l'opération vient de rétablir le fonctionnement.

Il y a quelques années on attendait le septième ou le huitième jour de l'anurie pour intervenir. Legueu abaissa cette limite à cinq jours, en 1890; Donnadieu la fixe à peu près à la même époque, dans son excellente thèse de 1895.

Certes, des succès ont été obtenus par des opérations faites au cinquième et sixième jour, au douzième (Pousson), au quatorzième (Chevalier), et même chez des malades en demi-coma (Desnos, Chevalier, Duret); Ce sont là des faits exceptionnels, qui peuvent seulement démontrer qu'il n'est jamais trop tard pour tenter une opération. Mais si l'on songe que des phénomènes urémiques apparaissent parfois dès le début de l'anurie, que la mort subite peut survenir en pleine période de tolérance apparente, on comprendra toute la nécessité d'une intervention précoce.

En face d'une *anurie calculeuse absolue qui remonte à plus de quarante-huit heures*, il nous semble qu'on doit agir comme en face d'une hernie étranglée.

Si un traitement médical (morphine, électrisation et massage de l'uretère, compression élastique des membres inférieurs, etc.), énergiquement employé, n'est pas suivi de succès en quelques heures, il faudra, sans plus tarder recourir à l'intervention sanglante.

C'est, croyons-nous, par cette précocité dans l'intervention que la mortalité de l'anurie calculeuse sera réduite à son minimum.

M. Legueu. — Je suis heureux de voir les observations de M. Bégouin confirmer les conclusions de mes recherches sur l'anurie calculeuse.

En ce qui concerne le moment de l'opération, je ne crois pas qu'il soit possible de fixer une date précise; la réaction des malades n'est pas la même en présence de l'intoxication, et il est des anuriques qui succombent au bout de quelques jours, alors que d'autres résistent une semaine. Je crois donc qu'il faut opérer le plus tôt possible, et, pour ma part, je n'ai jamais tardé d'une heure à proposer l'opération à un anurique.

En ce qui concerne le choix de l'intervention, c'est à la néphrotomie que je donne la préférence; mais j'y ajoute le cathétérisme de l'uretère, la recherche et, si possible, l'ablation du canal obturateur. Comme M. Bégouin, j'ai remarqué que le sang saigne beaucoup dans ces conditions, parce qu'il est mis en tension et très congestionné.

M. Loumeau. — Je rappellerai, à l'occasion de la communication de M. Bégouin, le cas du malade que j'opérai au septième jour d'une anurie calculeuse, avec état demi-comateux. La néphrotomie lombaire, suivie de l'extraction d'une demi-cuillerée à café de petits grains uriques, permit le rétablissement de la fonction rénale, mais elle n'empêcha pas l'opéré de succomber au bout de quarante-huit heures. A M. Legueu, je dirai qu'il a absolument raison de dire qu'il faut opérer le plus tôt possible les anuries calculeuses. Malheureusement, dans la pratique, il n'est pas toujours facile d'agir ainsi. Dernièrement, je me trouvai en présence d'une malade, néphrectomisée du rein droit depuis un an, et prise, depuis deux jours, d'anurie calculeuse par oblitération du rein gauche. La néphrotomie que je proposai fut d'abord refusée. Elle ne me fut permise qu'au bout de cinq jours. Au moment même où j'allai faire transporter la malade sur la table d'opération, il se produisit une débâcle qui rendit toute intervention inutile.

M. Boursier. — L'anurie n'est pas à elle seule indication pour la néphrotomie. Elle peut durer plusieurs jours sans s'accompagner de phénomènes généraux, et se terminer après l'expulsion de sable ou de graviers. Pour intervenir, il faut surtout tenir compte des symptômes généraux et non de la durée de l'anurie.

Il en est de même de l'oligurie. Certains malades peuvent sécréter une très petite quantité d'urine, pour de petits graviers. Cette oligurie survient à chaque crise néphrétique, et peut durer plusieurs jours. Elle ne suffit pas pour indiquer l'opération, parce que la néphrotomie devrait alors être répétée chaque fois qu'il y aurait formation et expulsion de graviers.

(A suivre.)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Exercice illégal de la médecine par les sages-femmes et les magnétiseurs.

L'ancienne loi du 19 ventôse an XI, qui a réglementé, jusqn'en 1892, l'art de guérir, ne définissait pas l'exercice illégal de la médecine. La loi du 30 novembre 1892 est venue combler cette lacnne et a posé comme principe, dans l'article 16, que l'exercice illégal de la médecine consistait dans le fait, par toute personne non munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, de prendre part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales.

Les termes de la définition manquent de précision et leur sens assez vague donne lieu à des difficultés d'interprétation, ce qni est toujonrs regrettable, surtont en matière pénale.

Il y a cependant des cas dans lesquels le doute n'est pas permis sur la nature des faits reprochés à ceux qu'on accuse d'exercer illégalement la médecine. C'est ainsi qne, très fréquemment, les sages-femmes se livrent au traitement des affections généralement désignées sous le nom de maladies des femmes. Peut-on dire alors que les sages-femmes se rendent coupables du délit d'exercice illégal de la médecine?

Le tribunal correctionnel de Lille, à la date du 20 août 1897, a tranché la question dans le sens de l'affirmative, en se fondant snr les dispositions contenues dans l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 :

« Attendu que la sage-femme qui se livre habituellement au traitement des affections généralement désignées sous le nom de maladies des femmes, commet une infraction à cette disposition de loi; qu'en effet, sa qualité lui confère le droit de pratiquer l'art des accouchements; que même ce droit est limité par les articles 4 et 16 § 2 de la loi susvisée qui interdit aux sages-femmes d'employer des instruments et sauf certains cas de prescrire des médicaments;

» Attendu qu'il résulte de l'instruction, des débats et des aveux de la prévenne que celle-ci a, en 1896 et en 1897, à Lille, donné des soins à un assez grand nombre de femmes atteintes de maladies de l'utérus et de ses annexes : qu'elle lenr a fait snbir un traitement prolongé ; qu'elle a ainsi commis le délit visé par la prévention; qu'à tort pour justifier sa conduite elle se prévaut d'études spéciales on d'aptitudes reconnues par des personnes compétentes; qu'en effet, aux termes de la loi, le diplôme seul confère à ceux qui en sont munis le droit d'exercer la médecine; que vainement aussi elle invoque une tolérance généralement admise; que cette tolérance ponrrait constituer une circonstance atténnante mais non faire disparaître le délit;

» Par ces motifs,

» Déclare la dame B... coupable... »

Voilà une sage décision que nous approuvons pleinement. Nous sommes même très heurenx de constater que les sages-femmes ne jouissent pas, devant tous les tribunaux, de la confiance illimitée qui leur est accordée par certains autres que nous ne voulons pas désigner, l'affaire du Dr Laporte étant trop récente.

* * *

Le tribunal correctionnel de Lille a encore très sainement jugé, selon nous, que le magnétiseur qni tente d'obtenir la guérison des malades par des passes magnétiques commet le délit d'exercice illégal de la médecine.

Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire qne de donner les principaux motifs de ce jugement rendu à la date du 8 jnillet 1897 :

« Attendu que cette disposition (art. 16, loi du 30 nov. 1892) est absolue ; qu'elle frappe, par la généralité de ses termes et abstraction faite du mode de traitement pratiqué, tout exercice de l'art de guérir ;

» Attendu qn'il résulte de l'enquête et des débats la preuve que, depuis moins de trois ans, à Lille, L... a annoncé au public qu'il guérissait par le magnétisme toutes les maladies incurables par la médecine, telles qne tuberculose, hystérie, etc. ; que, dès sa première entrevue avec les personnes venues en grand nombre ponr le consulter, il faisait indiquer par une femme endormie par lui la nature des maladies dont il les disait atteintes, ainsi qne le nombre de séances nécessaires au traitement; qu'ensuite, à chacnne de ces séances, il pratiquait sur ces personnes, qu'il faisait le plus souvent déshabiller jusqn'à la ceinture, des passes magnétiques et tentait par ce moyen d'obtenir leur guérison ; qu'en agissant ainsi, il a manifestement pris part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies ; qu'à tort, se fondant sur les observations présentées à la Chambre des députés par le rapporteur de la loi de 1892, il soutient que cette loi ne s'appliquerait pas à cenx qni pratiquent l'art de gnérir à l'aide du magnétisme senl ;

» Attendu, en effet, que lesdites observations ne penvent prévaloir contre les termes nets et précis de la loi ; qu'on ne sanrait, par voie de simple interprétation, ajonter au texte une distinction qu'il ne comporte pas ; qu'il peut d'autant moins être suppléé au silence de la loi sur ce point, que la jurisprudence a toujours considéré, jnsqu'en 1892, le traitement des maladies à l'aide dn magnétisme comme un fait d'exercice illégal de la médecine; qu'il eût suffi an législateur de modifier les termes de la loi nouvelle pour faire cesser cette interprétation ; que

loin d'agir ainsi, il leur a maintenu l'acception la plus étendue; que les faits commis par le prévenu constituent, dès lors, le délit prévu et réprimé par les articles 16 et 18 de la loi du 13 novembre 1892;

» Vu lesdits articles, ensemble l'article 194 du Code d'instruction criminelle;

» Déclare L... coupable... »

Nous n'estimons pas que l'article 16 de la loi de 1892 a le caractère de netteté et de précision que lui prête le jugement qu'on vient de lire, mais nous sommes néanmoins d'avis qu'il est suffisamment clair pour atteindre le magnétisme dont les actes ont pour but le traitement des maladies.

La Cour d'appel d'Angers, dans un arrêt du 23 juillet 1897, n'a pas admis cette théorie; elle a fait une subtile distinction entre le magnétiseur qui se contente de traiter les malades par des passes magnétiques, et celui qui, indépendamment du magnétisme, prescrit des médicaments; d'après elle, ce dernier seul commettrait le délit d'exercice illégal de la médecine.

Les travaux préparatoires de la loi de 1892 semblent permettre de faire cette distinction. En effet, M. le député Chevandier avait dit dans son rapport, à propos des masseurs et des magnétiseurs :

« Les articles punissant l'exercice illégal de la médecine ne pourront leur être appliqués que le jour où ils sortiraient de leurs pratiques habituelles et sous le couvert de leurs procédés, prescriraient des médicaments, chercheraient à réduire des luxations ou des fractures. »

Selon nous, cette déclaration signifie simplement que les magnétiseurs ne doivent pas se transformer en guérisseurs, et nous n'hésitons pas à nous rallier à la théorie admise par le tribunal correctionnel de Lille. Rien n'empêchait le législateur d'apporter un tempérament au principe général qu'il posait dans l'article 16 de la loi de 1892; il devait, en conséquence, édicter que les actes de magnétisme, appliqués aux malades, ne constituaient pas le traitement des maladies interdit à ceux qui ne sont pas médecins; le législateur avait d'autant plus de raison de faire connaître sa volonté que, jusqu'en 1892, la jurisprudence considérait le traitement par le magnétisme comme un fait d'exercice illégal de la médecine. La loi étant restée muette sur ce point, nous ne voyons pas pourquoi elle ne s'appliquerait pas aux magnétiseurs.

Tous les Français, voire même les magnétiseurs, doivent être égaux devant la loi.

P. Couradin,
Avocat à la Cour d'appel.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Arrêté du 24 juillet 1897.

Un concours s'ouvrira, le 1er février 1898, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. le professeur Alfred Fournier a commencé ce cours le vendredi 12 novembre 1897, à 10 heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours pratique de laryngologie, rhinologie et otologie.

M. Castex, chargé de cours, reprendra ses leçons le mardi 16 novembre 1897, à 3 heures (3, rue Jacob), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sont admis à ce cours tous les étudiants et docteurs en médecine.

On s'inscrit pour les exercices pratiques au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à 3 heures.

Cours de pathologie chirurgicale.

M. Delbet, agrégé, suppléant M. Lannelongue, a commencé le cours de pathologie chirurgicale le mercredi 10 novembre 1897, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Clinique des maladies du système nerveux.

M. le professeur Raymond commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux le mardi 16 novembre 1897, à 10 heures du matin (hospice de la Salpêtrière), et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Lundi et samedi (11 heures) : Séméiologie des maladies du système nerveux. MM. J. Charcot, Gasne et Souques.

Mardi (10 heures) : Policlinique. M. le professeur Raymond.

Mercredi (11 heures) : Alternativement : Histologie normale et pathologie du système nerveux. M. Philippe, et psychologie clinique. M. Janet.

Jeudi (11 heures) : Electrodiagnostic et électrothérapie. M. Huet.

Vendredi (10 heures) : Leçon de clinique. M. le professeur Raymond.

Lundi (10 heures) : Examen du larynx. M. Cartaz.

Mercredi (10 heures) : Examen des yeux. M. Sauvineau.

Samedi (10 heures) : Examen des oreilles. M. Gellé.

Conférences d'obstétrique.

M. Bonnaire, agrégé, a commencé ces conférences le vendredi 5 novembre 1897, à 6 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Clinique d'accouchements et de gynécologie.

M. le professeur Tarnier commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le mardi 16 novembre 1897, à 9 heures du matin (clinique d'accouchements, rue d'Assas), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Mardi et samedi : Leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins à 9 heures.

Cours de pathologie expérimentale et comparée.

M. le professeur Chantemesse a commencé le cours de pathologie expérimentale et comparée le lundi 8 novembre 1897, à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique, 1er étage).

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

M. le professeur G. Hayem, commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Saint-Antoine, le samedi 13 novembre 1897, à 10 heures, au pavillon Moïana, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Les mardis et samedis : Leçon sur les malades.

Le jeudi : Technique clinique, par M. Tissier, chef de clinique.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Anatomie. — MM. Gimbal, 10; Ferrand, 13; Fachatte, 4; Bochory, 11; Prat, 13; Tintrelin, 10; Maurage, 11; Pagniez, 14; Bentz, 10; Bergeron, 12; Louis Alquier, 10; Asselineau, 8; Esmonet, 15; Chapotin, 12; Diel, 10; Tourlet, 11; Sersiron, 9; Tixier, 10; Raoux, 3; Pestemalzogln, 12; Loeper, 15; Louis Roche, 13; Roger Voisin, 9; Louis Netter, 8; Cartier, 6; Bricet, 12; Conrtois, 7; Le Gamhier, 11; Auffret, 14; Babonneix, 12; Assicot, 12; Bluzat, 9; Bourlot, 8.

Pathologie. — MM. Legroux, 12; G. Netter, 11; Rihierre, 13; Matsoukis, 6; Poirier de Clisson, 6; Sikora, 13; Armand Moret, 8; Robert, 12; Lacasse, 4; Heitz, 11; Loiselet, 9; Katz, 12; Grosse, 9; Jacowski, 10; Iriharne, 2; Hanotte, 10; Inglessi, 6; Hayem, 8; Le Lorier, 10; Lance, 10; Leduc, 8; Lécnlier, 7; Dardeau, 5; Ch. Durand, 6; Polle, 10; Mutzner, 14; Mauté, 14; Sée, 8; Marmasse, 9; Foulon, 10; Mesley, 11; Kendirdjy, 11; Mayer, 8; Reliquet, 7; Lefas, 11; Strohéker, 8; Mahar, 11; Néret, 8.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Patureau, 9; Pron, 12; Fréd. Picard, 9; Rambaud, 15; P. M. Moreau, 7; Napieralski, 17 1/2; Nivet, 13 1/2; Patry, 16; Planssu, 8; André Petit, 14; Privat de Fortunié, 16; Navarre, 13; Rahant, 14; Monsson Lananze, 13; Maurice Pinean, 13; Preciado, 13; Pignot, 14; Henri Papillon, 17; Robert Murer, 13; Mlle Pissareff, 14; MM. Moury, 7; Paul Muret, 11; Paugam, 13 1/2; Ricou, 14; Thaon, 17 1/2; Rollin, 17; Vuillième, 9; Vrain, 16 1/2; Troller, 13; Vialard, 16; Robert Roux, 14; Saint-Cyr, 17 1/2; Sonilhé, 16; Thomin, 15; Mlle Thyss, 14; MM. Sambon, 16; Thiellement, 12; Vicq, 18; Sempé, 13; Savornin, 14; Villaret, 18; Edmond Roger, 16; Louis Picaud, 10, Rouault, 17 1/2; Seyer, 8; Weleker, 9; Sagot, 16; Tassaint, 6; H. Tissot, 13 1/2; Ed. Roland, 18; Stepinski, 18; Wicart, 13; Stettiner, 5; Valentin, 13; Savoye, 13 1/2: Joseph Thomas, 16; Sueur, 16; Saintignon, 12; Taussard, 13; Clément Simon, 14; Sevray, 11; Tostivint, 14; Rottenstein, 14; Trémolières, 18 1/2.

Pathologie. — MM. Friedel, 14 1/2; Durand, 11 1/2; Gourmand, 17 1/2; Durozoy, 16 1/2; Cochet, 12 1/2; Mlle Gorovitz, 17 1/2; MM. Félix Favre, 13; Forestier, 15 1/2; Flonrens, 14 1/2; Galezowski, 15; Grosset, 17 1/2; Garrigues, 18; Henri Guichard, 18 1/2; Fumouze, 15 1/2; Ducot, 12; Griffon, 17; Gutierrez, 12; Gorecki, 8; Charles Guichard, 12; Guilloire, 6 1/2; Gation de Cléramhault, 16; Fessard, 14; Guyot, 11, Grahié, 15; Feuillet, 15 1/2; Ettchaninon, 13; Gernez, 14; Gros, 13; Hahn, 14; Duclos, 16; Giroux, 16; Isidore Guillot, 15; Guilaine, 13 1/2; Forne, 18; Gille, 9; Guérin, 12 1/2; Hémet, 15 1/2; Gauthier, 12; Hautant, 18 1/2; Hamard, 15; Duparc, 14 1/2; Ermenge, 17; Bourg, 15 1/2; Cabaniols, 8 1/2; F. René Auhin, 14; Apté, 13 1/2; Vincent Aubin, 13; Braumberger, 18 1/2; Berruyer, 19; Camus, 18 1/2; Bougenot, 15; Bejarano, 5; Boutin, 14; Cailleton, 14 1/2; Barnsby, 17 1/2; Breitel, 16; Blanquinque, 16 1/2; Brouillaud, 15; Bajon, 15 1/2; Boureille, 14 1/2; Aubertin, 17; Boutes, 12; Bour, 12; Bontteville, 13; Candegabe, 14; Audy, 14; Boyer, 16; Bailleul, 17; Brémond, 13; Bongrier, 15.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : **Dr Pierre SEBILEAU.**

OBSERVATION CHIRURGICALE

Nécrose du maxillaire supérieur produite par le phosphore chez un tabagique (fumeur de cigares).

Par le Dr Delobel, de Noyon (Oise).

F..., tailleur d'habits, 55 ans, travaille chez lui à façon, et occupe deux apprentis. C'est un ouvrier très honnête, très rangé, qui gagne jusqu'à cent cinquante francs par semaine. Aucune habitude alcoolique, il va très rarement au café. Ne boit pas chez lui, mais fume d'une façon effrayante et prise quelque peu. Il fume constamment le cigare, un petit cigare de cinq centimes, jusqu'au bout : il le laisse s'éteindre assez fréquemment pour le rallumer aussi souvent. Il fume le cigare jusqu'à ce qu'il n'en reste plus qu'un petit bout entre les dents, bout qui est sans cesse mâchonné. Lorsque le cigare, déjà petit par lui-même, est très réduit, F... le rallume encore s'il s'éteint, au point qu'il se brûle parfois la moustache, suivant son aveu et celui de sa femme. Il allume dix, quinze vingt allumettes pour un cigare, et avoue en fumer au moins vingt par jour : il respire donc, et de très près, les vapeurs phosphorées de quelques centaines d'allumettes par jour, et cela depuis l'âge de 20 ans. Nous insistons sur tous ces détails pour la suite de l'observation, car ils sont nécessaires pour trouver la cause de la maladie. Pas d'antécédents tuberculeux, ni de syphilis. Mme F..., toujours bien portante a eu une fille, aujourd'hui mariée, et mère elle-même d'un enfant en bonne santé.

F... nous demande le 18 mai 1894 parce qu'il a l'œil droit douloureux et tuméfié depuis deux jours. Il y a, en effet, un peu d'œdème de la paupière inférieure, avec un chemosis intense de la conjonctive oculaire. Rien à la cornée, la vision existe entière. Croyant à une conjonctivite banale, nous prescrivons des lavages boriqués, matin et soir, avec une application permanente de rondelles d'ouate hydrophile boriquée à 30° sur l'œil et recouvertes de taffetas gommé.

21 mai. — F... nous rappelle : le chemosis est toujours aussi intense, l'œdème est resté le même. Pas de douleurs du côté des mâchoires, pas d'empâtement à la joue, pas de fluctuation. Pouls normal, pas de fièvre. F... n'a pu dormir la nuit et accuse des douleurs continuelles à l'œil, mais non plus fortes que le 18. Nous continuons le même traitement, et faisons instiller quelques gouttes, trois fois par jour, dans l'œil du collyre suivant :

Sulfate d'atropine... }	0 gr. 01 centigr.
Bichlorure de mercure.. }	
Eau distillée..........	10 grammes.

Nous donnons, en outre, 1 gramme de salicylate de soude le soir. Lait comme boisson et comme nourriture. Repos absolu au lit.

22 mai. — La nuit a été bonne. Rien à signaler pour l'état local. F... est gai, et dit qu'il reprendra son travail. Même traitement pour l'œil. Alimentation à son choix.

23 mai. — Nous revoyons F... à 8 heures du matin. La nuit a été mauvaise, il n'a pu dormir. L'œdème

palpébral a augmenté ; il a empiété sur le nez et sur l'angle externe de l'œil. Rien à la cornée; le chemosis précédent est toujours aussi intense. Pas d'empâtement de la joue. Nous ne sentons pas de fluctuation. Cependant, nous enfonçons l'aiguille de la seringue de Pravaz dans la partie œdématiée, près du bord inférieur de la base de l'orbite, en l'introduisant de haut en bas. La ponction est négative. Je fais une nouvelle ponction en me rapprochant de l'os molaire et en introduisant l'aiguille de bas en haut; j'obtiens quelques gouttelettes de pus. Je fais alors une incision horizontale d'un centimètre d'étendue, peu profonde, et il s'écoule une bonne cuillerée à café de pus. Une mèche de gaze iodoformée est introduite dans la plaie, et le pansement est terminé avec de l'ouate hydrophile recouverte de taffetas gommé. L'œil est caché par le pansement.

26 mai. — Peu de pus. F... travaille un peu ; l'œil gauche est toujours recouvert, quoiqu'il n'y ait plus de conjonctivite, mais à cause du pansement de la région.

29 mai. — La plaie est refermée. L'état général se maintient. Le salicylate de soude est donné à la dose de 50 centigrammes le soir.

30 mai. — La plaie est cicatrisée. La nuit a été moins bonne. Sulfate de quinine, 50 centigrammes.

31 mai. — Une incision nouvelle est pratiquée dans la cicatrisation de la première : il s'écoule du pus.

F... nous dit qu'il sent du pus lui venir dans la bouche et qu'il en crache. Nous lui faisons gargariser la bouche et la gorge avec de l'eau boriquée chaude ; puis nous lui recommandons de faire des mouvements de succion et de cracher. Il crache, en effet, du pus. Nous examinons la bouche et voyons sourdre du pus du côté de la branche montante du maxillaire inférieur. Cependant, cet os paraît sain, et n'est point douloureux à la pression ; il n'est pas sensiblement hypertrophié, quoique F... ait un léger degré de prognathisme. Mais, la plupart des dents qui restent sur le maxillaire sont noires, atteintes de carie, d'autres manquent. Pas de douleur du côté de l'articulation temporo-maxillaire. Le maxillaire supérieur n'a presque plus de dents : celles qui restent sont toutes cariées et noires en même temps que déchaussées. Dans la partie droite, c'est une série de trous noirs que nous apercevons : la pression ne provoque aucune douleur. En pressant sur la région molaire, nous faisons écouler un peu de pus par la bouche. Un stylet introduit dans la plaie de la face, près de l'os molaire, ne peut être enfoncé de plus d'un demi-centimètre ; il ne m'est pas possible de trouver une communication pour arriver dans la bouche. Une injection d'eau boriquée faite lentement ressort par la même ouverture sans qu'il en tombe dans la bouche. De même, un stylet promené dans la bouche, contre le maxillaire supérieur ne peut pénétrer dans aucun orifice. Je propose à F... de faire une incision perpendiculaire à la première, ou au moins d'agrandir seulement la première afin de rechercher l'orifice de communication et de passer un drain. Sur son refus, je suis obligé de me contenter de faire un pansement à la face, et de lui prescrire de fréquents lavages boriqués dans la bouche en même temps que j'institue un traitement antisyphilitique comme moyen de contrôle de la nature des accidents que je viens de constater du côté de la bouche, au maxillaire.

Diagnostic. — Nécrose du maxillaire supérieur et de l'os molaire.

Comme nous savions F... grand fumeur, nous l'interrogeons sur son habitude du tabac, sur sa façon de fumer que nous avons relatée tout au long, au début de notre observation. F... a toujours été tailleur d'habits, il n'a jamais travaillé dans la nacre, ni dans les allumettes. Nous lui avouons de suite que sa maladie est due à sa grande passion du tabac, à sa manière de fumer, c'est-à-dire aux vapeurs phosphorées qu'il respire constamment, puisqu'il rallume jusqu'à vingt fois le même cigare.

Diagnostic étiologique. — Nécrose phosphorée du maxillaire supérieur ayant amené une nécrose de l'os molaire chez un tabagique.

Nous revoyons notre malade plusieurs fois en juin : le traitement antisyphilitique n'a amené aucun résultat. Enfin, après le 30 juin 1894, nous ne revoyons plus notre malade qui quitte notre ville pour entrer à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, où une première opération lui fut faite. Nous n'avons eu aucun renseignement sur ce sujet. F... n'a pu nous dire quelle opération lui fut faite, ni quel chirurgien la fit. Il serait facile, je crois, de pouvoir continuer l'observation relatée jusqu'ici en faisant des recherches à l'hôpital Saint-Louis. D'après F..., que nous avons revu, comme nous le dirons plus loin, on lui fit la résection de la mâchoire supérieure, et on lui enleva l'os molaire. Il revint ensuite chez lui; mais, un mois après son retour, des accidents revenant à l'œil, F... se rendit de nouveau à Paris, et entra à la Maison

municipale de Santé. Un grattage de la paroi inférieure de l'orbite aurait été fait, F... ayant refusé une opération plus importante, sur laquelle il n'a pu nous donner de détails. L'énucléation de l'œil droit, qui ne voyait plus, lui avait été proposée; mais F... n'y consentit pas. Tels sont les autres renseignements que nous tenons de F... lui-même.

F... a cessé l'usage du tabac le 31 mai 1895, quand nous lui avons fait connaître la maladie dont il était atteint et la cause. Mais, il était trop tard : le phosphore avait aussi fait son œuvre. Peut-être, aussi, le refus de F... d'accepter une nouvelle opération plus radicale a-t-il été une entrave à une amélioration, sinon à une guérison.

24 février 1895. — Nous revoyons le malade qui, depuis une heure, a du délire et ne répond plus que par un seul mot aux questions qu'on lui pose. Ce mot est si grossier qu'il surprend tout son entourage. Je lui pose moi-même différentes questions, et j'obtiens la même réponse.

Le pouls est irrégulier, la température normale. Pupille droite insensible à la lumière; pupille gauche, sensibilité normale. Pas de hoquet, pas de respiration sus-périeuse, pas de déviation des yeux, pas de constipation, ni diarrhée, ni vomissements, sauf un seul qui se produit devant moi. Cependant, j'avertis Mme F... qu'une méningite, c'est-à-dire une méningo-encéphalite a dû se déclarer. Chloral, 2 grammes en potion.

25 février. — La nuit a été bonne; le malade a repris connaissance. On lui a, malgré ma défense, répété ce qui s'est passé la veille. Il se confond en excuses, et veut bien me donner les renseignements que j'ai rapportés sur son séjour à Paris. Il n'a pu se souvenir des noms des deux chirurgiens, quoique je lui aie cité ceux qui étaient à cette époque à Saint-Louis et à la Maison municipale de Santé. Je lui reproche de n'avoir pas fait le sacrifice de l'œil gauche qui ne voit plus. Il semble le regretter.

F... a des alternatives de délire et de lucidité jusqu'au 6 mars. A 11 heures du soir, nouveau délire, convulsions et mort le 7 mars 1895, à 3 heures du matin.

Réflexions. — Tous les détails de l'observation donnés au sujet de notre malade devraient nous dispenser de réflexions. L'observation en elle-même comporte celles qui peuvent venir à l'esprit, quoiqu'elle soit incomplète, puisque nous n'avons rien dit et rien pu dire des opérations subies par F... à Paris. Cependant, cette observation relate un fait rare de nécrose phosphorée chez un tabagique. Nous ne prétendons point accuser le tabac comme la cause essentielle du mal dont F... fut atteint. Mais, le tabac a joué un grand rôle dans l'étiologie de cette maladie. On connaît l'influence du tabac sur les dents, la fréquence de la carie dentaire chez le tabagique. D'un autre côté, la carie dentaire met à nu par ses progrès, la pulpe dentaire, puis le canal dentaire est ouvert aux vapeurs phosphorées (théorie de l'influence locale de la carie dentaire défendue par Th. Roussel et Magitot). Et chez notre malade, les vapeurs phosphorées provenaient du grand nombre d'allumettes employées pour allumer et rallumer ses cigares; elles étaient d'autant plus facilement observées qu'il se brûlait parfois les moustaches. L'intoxication chronique de notre tabagique par la nicotine a pu rendre plus facile l'intoxication par le phosphore, plus terrible dans ses effets, et par lui-même le phosphore a peut-être aussi produit une intoxication générale.

La conclusion de notre observation peut se résumer dans le titre de l'observation elle-même : Nécrose du maxillaire supérieur produite par le phosphore chez un tabagique.

Mais, pour terminer, il nous sera permis de dire que la cause de tout le mal a été le tabac, et surtout la manière de le fumer.

Cette observation a, du moins, le mérite de la rareté, car nous ne croyons pas qu'on ait pu souvent invoquer dans les cas de nécrose phosphorée du maxillaire supérieur l'étiologie que nous avons donnée.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Torticolis compliqué.

Par le Dr Kuhn (d'Elbeuf).

Un jeune garçon de 15 ans présentait les phénomènes suivants :

1° Inclinaison de la tête à gauche; 2° rotation à droite; 3° inclinaison cervico-dorsale (de la nuque) à droite; 4° déplacement de la tête en avant et à droite de l'axe du tronc; 5° légère déviation consécutive, non permanente de l'épine dorsale; 6° déformation du crâne et de la face, surtout accusée par un bombement de la moitié droite du visage avec dépression correspondante de la moitié gauche et une apparence de chevauchement des deux moitiés de la tête faisant

paraître les parties droites plus élevées que leurs congénères à gauche; 7° dépression de la moitié gauche des trois ou quatre premières vertèbres du cou, contrastant avec une saillie et un développement considérables des moitiés droites des mêmes vertèbres, principalement de la deuxième.

Cette déviation reconnaît deux ordres de causes : 1° Une maladie nerveuse cerébro-spinale, antérieure à la naissance, ayant disparu dés avant cette dernière époque, mais ayant provoqué d'abord la contracture, puis un certain degré de développement de plusieurs muscles du côté gauche du cou, et notamment du sterno-cléido-mastoïdien, d'une portion du splénius, du peaucier et de quelques autres que leur situation profonde ne permet pas de bien explorer; 2° cette contracture musculaire a entraîné et maintenu la tête dans le sens de l'action des muscles affectés. Le déplacement de la tête ayant modifié les conditions d'équilibre de la colonne vertébrale a provoqué la déviation de cette dernière. Le défaut de symétrie des deux moitiés du crâne et de la face résulte de la prépondérance des muscles contracturés sur leurs antagonistes, et surtout du changement de leurs angles d'insertion. Enfin, la déformation des trois premières vertèbres cervicales provient de l'inclinaison permanente de la tête à gauche.

Abandonnée à elle-même, l'affection augmenterait nécessairement en vertu de cette loi qui veut qu'une tige courbe flexible et verticalement placée comme la colonne vertébrale tend sans cesse à s'infléchir davantage sous la pression de la tête. Et comme les autres éléments de l'affection, se tiennent dans une dépendance immédiate du déplacement de la tête, ils augmenteraient nécessairement dans la même proportion.

Les déformations du visage, du crâne et des vertèbres du cou, étant le produit de la direction vicieuse de la tête, ne peuvent être combattues que par le maintien permanent des parties dans une direction normale ou même opposée à celle qu'elles affectent aujourd'hui. Le maintien d'un redressement permanent est donc la plus essentielle, sinon l'unique condition du succès. Cette condition n'est même pas très difficile à atteindre, sans gêne considérable et surtout sans inconvénient pour la santé du malade. Il suffira de procéder par degrés et de proportionner les moyens à la force de résistance. A ces moyens devront être associés des exercices de différente nature propres à fortifier les parties et à maintenir la souplesse et l'agilité.

Dans ce but, nous conseillons de continuer les exercices gymnastiques et notamment le bâton. Les armes seront faites de la main gauche, en ayant soin d'incliner l'arrière de la tête sur l'épaule droite et de tourner le visage à gauche. Le bandeau à poids de Bouvier sera également employé avec utilité. Les exercices de gymnastique générale seront continués avec avantages mais dans un but simplement hygiénique.

2° Faire trois fois par jour et chaque fois pendant trois à cinq minutes les manipulations que voici: Après avoir fait fixer les épaules par un aide, se placer sur la gauche du patient, prendre la tête entre les deux mains, la gauche appliquée sous le menton, la droite un peu en arrière du sommet de la tête. On attirera ainsi la tête de droite à gauche et de bas en haut, afin d'effacer l'inclinaison de la nuque; en même temps, l'on fera incliner la tête à droite et tourner le visage à gauche. Ces différents mouvements devront être exécutés par saccades et graduellement augmentés.

3° Parmi les contentifs, le plus simple, le moins gênant et l'un des plus efficaces est le col ou collier moulé que l'on peut renfermer dans une cravate ordinaire.

Nous sommes convaincus qu'aucune action directe, mécanique ou autre, ne peut influer sur la conformation du visage aussi longtemps que la tête conservera sa direction vicieuse. La déformation s'est opérée lentement sous l'influence de cette inclinaison, et l'expérience apprend que le redressement de la tête, surtout quand il est porté pendant quelque temps au delà de la ligne droite, c'est-à-dire en sens inverse de la direction primitive, reproduit assez exactement la symétrie des traits du visage. Chez les enfants et même chez les adolescents, jusqu'à 15 ans à peu près, on la voit constamment rétablie après redressement du torticolis. Passé cet âge, la déformation des traits disparaît d'autant moins qu'elle était plus prononcée ou plus invétérée.

Toutefois, chez notre malade, nous ne saurions promettre une restitution complète de la symétrie du visage. L'affection est antérieure à la naissance et trop profondément empreinte dans les os pour disparaître sans trace, mais on parviendra à diminuer sensiblement l'asymétrie actuelle.

Cette restitution de la forme ne s'opérera que très lentement et en proportion du développement du corps. Pour se rendre compte de ses progrès, il serait bon d'avoir une empreinte ou un dessin très exact de

l'état actuel, afin de pouvoir établir une comparaison aux différentes époques du traitement. Le succès dépendra en grande partie de la manière dont le traitement sera exécuté, de l'exactitude et de la persévérance que le patient pourra y mettre. Sans ces conditions, il faudrait ou renoncer à une amélioration notable ou prolonger de beaucoup la durée du traitement. Dans le cas où il jugerait à propos d'adopter le système que nous venons de formuler et où le traitement serait suivi avec assiduité, nous croyons pouvoir assigner le terme d'une année environ pour en parcourir les différentes phases, sauf à observer plus tard encore certaines mesures de précaution, peu ou nullement gênantes. La déviation des genoux peu prononcée est le résultat de la croissance, de l'espèce de débilitation musculaire ou ligamenteuse qu'on remarque souvent à cette époque de la vie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 novembre. — Présidence de M. Delens.

Traitement de l'occlusion intestinale.

M. Hartmann. — Dans trois faits d'occlusion par cancer de l'intestin, j'ai pratiqué l'établissement d'un anus artificiel, et les trois opérés sont morts.

Dans 9 cas d'occlusion aiguë, j'ai fait la laparotomie, avec 4 morts et 5 guérisons. Dans les 4 cas suivis de mort, il s'agissait d'accidents aigus datant de cinq, six, sept et huit jours. Les 5 guérisons ont été, au contraire, obtenues dans des cas récents, datant l'un de deux jours, un autre de cinquante-cinq heures, le troisième et le quatrième de trois jours, et, pour 1 fait seulement, de cinq jours, mais je dois ajouter que, dans ce dernier cas, l'intestin était en si mauvais état que j'ai dû faire une résection intestinale suivie d'entérorrhaphie circulaire.

M. Broca. — Dans le rapport qui a été le point de départ de la discussion actuelle, j'ai insisté sur deux faits qui nous avaient été communiqués par M. Leguen. Dans le premier, le cæcum était tordu et distendu au point de remplir tout l'abdomen, en sorte que l'anus contre nature eût forcément porté sur lui. D'autre part, le deuxième cas de M. Leguen démontre que la laparotomie peut réussir pour l'iléus paralytique, qui seul peut fournir des succès aux partisans de l'anus contre nature. M. Reclus a pris la défense de l'anus artificiel pour ce cas spécial, et, quoique la communication de M. Lejars ait remarquablement corroboré mon opinion, je concède que, si le diagnostic de la cause est exactement posé, l'anus iliaque, après échec du lavement électrique, constitue le mode de traitement le plus rationnel. Chez le malade dont nous a parlé M. Reclus, et où l'occlusion était plutôt subaiguë qu'aiguë, il y avait des éléments suffisants de diagnostic, mais, pour la vraie occlusion aiguë, est-ce la règle? Tous, sauf M. Kirmisson, nous avons été unanimes à exposer une opinion contraire.

Pour les occlusions chroniques, par compression surtout, on peut, en général, établir un plan thérapeutique fondé sur un diagnostic précis. Mais pour l'occlusion aiguë, si l'on met à part l'invagination propre à l'enfant, cela est, au contraire, fort rare; je mets à part également l'occlusion consécutive à l'hystérectomie vaginale, pour laquelle M. Segond nous a apporté, en faveur de l'anus contre nature une expérience convaincante.

En dehors de ces cas spéciaux, le chirurgien opère en général sans but arrêté. Cela étant, je ne saurais accorder à MM. Nélaton, Segond, Chaput qu'on doive, en principe, recourir à l'anus contre nature. Dans notre ignorance des causes, nous devons avoir une thérapeutique systématique et, pour moi, c'est la laparotomie.

J'ai pratiqué 20 fois la laparotomie pour occlusion, avec 9 guérisons, soit 45 0/0. Sur ce total, je compte 4 invaginations chez l'enfant avec 1 guérison, les 3 autres cas étant déjà compliqués de gangrène quand j'ai opéré. Il reste, dès lors, pour l'occlusion aiguë, en dehors de l'invagination chez l'enfant, 16 cas avec 8 guérisons, soit 50 0/0.

Pour les 8 cas suivis de guérison, il s'agissait 7 fois d'une occlusion par bride et 1 fois d'une hernie interne. Les 8 morts se décomposent en 1 cancer avec occlusion chronique, pour lequel j'ai eu tort de laparotomiser, 1 hernie interne gangrenée, 6 brides. Pour tous ces malades, sauf pour le cas de cancer, la laparotomie était indiquée et a été conduite très rapidement, mais les sujets ont été opérés trop tard.

Ces faits constituent la statistique intégrale des occlusions que j'ai eu à traiter. Ils démontrent tout au moins que la laparotomie n'est pas aussi meurtrière qu'on l'a dit. Je ne crois pas que l'anus iliaque systématisé dans l'occlusion aiguë donne une semblable proportion de succès définitifs. Et si, sur les 8 morts, il y en a 2 dont la lésion était irrémédiable, les 6 autres auraient sûrement guéri si on les avait laparotomisés à temps, sans perdre plus de vingt-quatre heures à essayer le traitement médical.

M. Kirmisson. — J'ai déjà protesté contre la conclusion de M. Broca, à savoir que la laparotomie constituait le traitement de choix de l'occlusion intestinale. Je crois également qu'il n'est pas juste de dire que l'occlusion aiguë est justiciable de la laparotomie, et l'occlusion chronique justiciable de l'anus iliaque, attendu qu'on ne peut pas séparer assez nettement les cas aigus des cas chroniques, de façon à en tirer une règle thérapeutique. Il nous arrive souvent, en effet, d'observer des accidents d'occlusion aiguë chez des malades qui ont un passé d'oc-

clnsion chronique, et, dans ces cas, je n'aurais jamais l'idée de faire une laparotomie.

M. Peyrot. — Les accidents aigus qui se montrent au cours d'une occlnsion chronique ne méritent pas le nom d'occlusion aiguë.

M. Kirmisson. — Je tiens avant tout à m'élever contre cette doctrine, qu'on tend à vulgariser et qui consiste à dire que le diagnostic de l'occlusion étant impossible, on doit, pour l'établir, ouvrir le ventre.

M. Broca. — Je n'ai jamais, pour ma part, soutenu une pareille opinion, et je reconnais que l'on doit chercher tout d'abord à obtenir nn diagnostic précis, quand la chose est possible.

Corps étrangers du rectum.

M. Monod. — A l'occasion du rapport qne nous a présenté M. Gérard-Marchant dans la dernière séance, au sujet d'un travail de M. Delbet, je désire vous communiquer nne observation dans laquelle j'ai pu extraire par les voies natnrelles un volumineux corps étranger du rectum, sans avoir recours à aucune opération préalable. Comme dans les faits de M. Delbet et de M. Bazy, le corps étranger était une bouteille en verre, que le malade avait l'habitude de s'introduire dans le rectnm, le goulot le premier ; il la munissait d'nne ficelle, qui lni permettait de la retirer qnand il le jugeait à propos ; or, un jour la ficelle cassa et la bouteille demeura dans le rectum. Cet homme fût alors amené à l'hôpital Saint-Antoine ; là, en pressant d'une main snr la région hypogastrique, je pus sans difficulté retirer le corps étranger à l'aide des doigs de l'autre main introduits dans le rectnm.

Je crois que dans la majorité des cas, les corps étrangers dn rectum les plus volumineux peuvent être enlevés par les voies naturelles. Sur 33 faits qne j'ai pu réunir, en y comprenant ceux qui ont été communiqnés dans la dernière séance, 27 fois l'extirpation s'est faite sans opération, avec 6 cas de mort, parmi lesquels 3 seulement peuvent être attribués aux manœuvres d'extirpation, les 3 autres étant impntables à des lésions antérienrcs. Dans un certain nombre d'observations, on a noté cet enclavement du corps étranger au-dessus du coccyx sur lequel M. Delbet a insisté dans son travail, mais on n'en a pas moins réussi à dégager le corps étranger par les voies naturelles.

Dans 6 cas seulement, il a été nécessaire de pratiquer une opération prélimiuaire, laqnelle a consisté 3 fois dans la section du sphincter et la rectotomie, 2 fois dans la laparotomie, et 1 fois dans la laparotomie et la rectotomie combinées.

Je crois que l'incision de la paroi postérieure du rectum doit suffire dans les cas les plus difficiles, où l'on commencera d'abord par la simple section du sphincter, pour faire ensuite la rectotomie postérieure si le débridement ainsi obtenu n'est pas jngé suffisant; c'est seulement dans des cas exceptionnels qn'on sera forcé de recourir à la résection du coccyx. Enfin, lorsque le corps étranger a subi nne migration vers la partie supérieure du rectum, c'est à la laparotomie qu'on devra s'adresser.
(*Semaine médicale.*)

Luxations dorsales externes du pouce.

M. J. Vitrac (de Bordeaux). — Les luxations en arrière du pouce s'accompagnent habituellement du déplacement interne de la phalange; mais, exceptionnellement, ce déplacement peut être externe. Je l'ai reproduit dans mes expériences; je l'ai retrouvé dans mes observations, et rencontré sur le vivant.

Le déplacement externe dans les lnxations en arrière, en ce qui caractérise les luxations dorsales externes, en opposition anx luxations dorsales internes, qni sont ordinairement observées et seules décrites jusqu'à présent.

Les luxations dorsales externes, comme les luxations classiques, peuvent être complètes on complexes. Elles se produisent quand le traumatisme très violent atteint le pouce en abduction et en extension.

Les déchirures ligamenteuses sont totales; il y a éclatement partiel de la gaîne du tendon long fléchisseur du pouce; le muscle adducteur est déchiré et pénétré par le métacarpien.

Le tendon long fléchisseur est lnxé en debors de la tête métacarpienne; il a qnitté sa loge intersésamoïdienne. Il constitue un obstacle à la réduction qui persiste même quand les sésamoïdes peuvent librement passer entre les deux os. A ssi, si les manœuvres spéciales ne réussissent pas à amener la réduction, une opération est autorisée Elle consiste dans, soit :

a) L'accrochement dn tendon à travers une boutonnière sous-cutanée (moyen infidèle);

b) La ténotomie provisoire au poignet (moyen plus sûr);

c) L'arthrotomie snivie d'accrochement ou de ténotomie provisoire (procédé de choix).

La luxation dorsale externe, irréductible par les moyens ordinaires, presque toujours se reconnaîtra au déplacement externe de la phalange. Le pouce sera plus éloigné de l'index que le métacarpien; la tête de celui-ci sera saillante dans l'espace interosseux.

Néphrectomie transpéritonéale pour cancer du rein.

M. Bazy montre nn rein atteint de cancer et enlevé par la laparotomie; il recommande la voie transpéritonéale dans les cas de grosses tnmeurs mobiles, comme étant un procédé plus simple et plus efficace qne la voie lombaire.

M. Peyrot pense que la voie lombaire est *toujours* préférable à la voie transpéritonéale, et qu'en prolon-

geant l'incision suffisamment bas, on peut enlever les tumeurs les plus volumineuses.

M. Reynier est du même avis et fait remarquer, en outre, l'avantage de la voie lombaire quand l'uretère vient à s'infecter secondairement.

M. Bazy pense néanmoins que, dans les cas de cancer, la néphrectomie transpéritonéale est préférable, parce que la décortication, et, par suite, l'ablation de la tumeur peut être plus complète. Au contraire, dans les cas d'uretère infecté, il faut évidemment avoir recours à la voie lombaire.

M. Doyen lit un mémoire sur la castration utéro-annexielle abdominale pour lésions tuberculeuses.

(*Presse médicale*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 *novembre* 1897.

Greffes osseuses hétéroplastiques.

M. Dubar communique l'observation d'une petite fille de 10 ans chez laquelle il a pratiqué une résection du poignet droit pour une ostéo-arthrite tuberculeuse. Afin de donner plus de solidité à la jointure, l'orateur, après avoir enlevé les os malades du carpe, les remplaça par de petits fragments ostéo-cartilagineux provenant des fémurs d'un jeune chien âgé de huit jours. Les deux plaies de la face dorsale du poignet furent ensuite réunies par un simple drainage au crin de Florence.

La petite malade a guéri sans incident opératoire et actuellement elle se sert très bien de sa main. Son poignet est solide, indolent et mobile.

Pour savoir ce qu'étaient devenus les fragments osseux insérés dans la jointure, on photographia la main droite de cette malade et on put ainsi constater que les transplants d'os de chien s'étaient greffés au milieu d'un tissu fibreux de nouvelle formation ou qu'ils s'étaient soudés à des débris d'os carpiens, et, en outre, qu'ils avaient légèrement augmenté de volume.

Sur deux cas de résection de l'estomac.

M. Hartmann présente deux femmes chez lesquelles il a pratiqué la résection de l'estomac pour des cancers de cet organe. Dans un cas il a fait une polyrectomie suivie d'une gastro-entérostomie après fermeture de la ploie stomacale par le procédé de Kocher. Cette malade guérit sans incident et quitta l'hôpital vingt-cinq jours après l'intervention; elle avait gagné douze livres.

Dans le second cas, le cancer avait envahi la plus grande partie de l'estomac, on réséqua ce viscère en totalité et on sutura le cardia au pylore. Cette malade guérit également sans complications.

(*Semaine médicale*.)

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Tenue à Paris du 21 *au* 23 *octobre* 1897.

Séance du 22 *octobre*.

(Suite.)

Neurasthénie urinaire; crises de rétention d'urine.

M. Sorel (du Havre). — J'ai soigné depuis cinq ans, un malade atteint d'écoulement blennorrhagique chronique, qui présente des crises de rétention aiguë à intervalles variables. Le cathétérisme un peu difficile dans un urèthre à région membraneuse, résistante et sensible, mis fin à ses crises, mais celles-ci, tout en s'éloignant, existent toujours, les urines sont claires, il n'y a pas de lésions des organes génito-urinaires.

M. Boursier. — Ces malades sont des nerveux, chez qui le cathétérisme est parfois difficile à pratiquer, souvent un bain suffit pour mettre fin à la rétention.

Sur la technique de la circoncision.

M. Guiard (de Paris). — Une circoncision n'est parfaitement réussie sous le double rapport de la rapidité de la guérison et de l'élégance du résultat définitif, que si l'affrontement est rigoureusement linéaire, sans aucun écartement, dans toute l'étendue de la plaie; si la réunion est complète, sans croûte et sans suppuration, dès le second jour, sauf, bien entendu, dans le cas d'adhérences; et enfin si le fourreau cutané de la verge est conservé avec une longueur suffisante pour constituer une sorte de prépuce capable de recouvrir la base du gland, et de dissimuler toute trace d'opération. Certains détails de technique permettent d'obtenir couramment ces résultats. Il consistent:

1° A recourir à l'anesthésie chloroformique de préférence aux injections cocaïnées;

2° A n'employer qu'une antisepsie très prudente qu'on réalise par le bain savonneux préalable et des lavages extra- et intra préputiaux à l'eau boriquée, ou tout au plus à la liqueur de van Swieten toujours plus ou moins diluée, à l'exclusion formelle des solutions phéniquées. Dans la circoncision, l'asepsie convient mieux que l'antisepsie;

3° A conserver une très grande longueur de peau, afin de ménager pour l'avenir un petit prépuce cutané, et à la couper très obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, afin d'obtenir une très large ouverture;

4° A ne garder, au contraire, qu'une très étroite collerette préputiale de quatre ou cinq millimètres;

5° A opérer la réunion, non par la suture au catgut qui, même très fin, prolonge les suites opératoires pen-

daut une douzaine de jours, mais par des serre-fines et notamment par le modèle spécial de l'auteur dont les mors sont constitués par une double griffe pointue, assez analogue à celle des pinces de Muzeux. De telles serre-fines représentent de véritables sutures métalliques facilement amovibles;

6° A faciliter la bonne application des serre-fines par des fils suspenseurs placés aux quatre points cardinaux de la ligne de suture et traversant peau et muqueuse très près du bord cruenté;

7° Enfin, à supprimer, comme pansement, toute application directe de linges ou de gaze et à se borner à recouvrir la ligne de réunion d'une épaisse couche de salol.

M. Carlier. — Je n'ai pas, depuis deux ans, anesthésié au chloroforme un de mes opérés de circoncision. La cocaïne a de grands inconvénients, mais qui n'existent plus si on l'injecte au niveau de la base de la verge. L'anesthésie est ainsi obtenue complètement, sauf au niveau du frein.

Pour permettre la désinfection préalable, je dilate fortement le prépuce, en produisant des éraillures, il est vrai, mais sans importance dans le cas particulier. Cette pratique a aussi l'avantage de permettre de décoller les adhérences.

Je préfère les catguts très fins, plus faciles à placer, à mon avis, et qu'on n'a pas l'inconvénient d'être obligé d'enlever.

M. Pousson. — Pour la circoncision, je fais comme pour les autres opérations sur le pénis, l'hémostase à l'aide d'une sonde de caoutchouc rouge mis à la base. Pour le pansement, j'emploie une pâte obtenue par un mélange d'iodoforme à du salol fondu; un peu de gomme adragante la rend plus malléable, enfin les crins sont préférables aux serre-fines.

Sur l'hydronéphrose calculeuse de la première enfance.

M. Léon Bernard (de Paris). — J'apporte quatre observations d'hydronéphroses, que j'ai recueillies à l'autopsie de nourrissons, morts de gastro-entérite à l'hôpital des Enfants-Malades. La première concerne une hydronéphrose, vérifiée par l'examen histologique et bactériologique; les autres relatent des dilatations partielles du bassinet ou de l'uretère, également aseptiques. Dans tous les cas, j'ai trouvé une urine tenant en suspension de fins graviers uratiques, à qui j'attribue, en l'absence de de toute autre cause reconnaissable, le développement de l'hydronéphrose. Accumulés aux points normalement rétrécis des voies excrétrices de l'urine, ils ralentissent le cours de celle-ci, et déterminent en amont un excès de tension, cause de dilatation. Celle-ci est d'abord partielle, puis totale, envahissant le rein, créant une hydronéphrose ouverte. Ces hydronéphroses sont latentes cliniquement; à cette époque de leur développement, si elles n'ont pas encore eu le temps de provoquer des symptômes de tumeur. Mais il est permis de supposer que si des enfants, porteurs de telles hydronéphroses, guérissent de leur gastro-entérite, l'évolution de ces lésions urinaires continue sous l'influence de l'une de ces trois causes suivantes: soit la conglomération de ces graviers en un calcul persistant; soit l'évolution naturelle des altérations anatomiques une fois provoquées; soit enfin, la formation de coudures ou torsions urétérales secondaires à la dilatation du conduit.

Ainsi s'expliquerait, par l'existence d'une lithiase ancienne, l'étiologie de bien des hydronéphroses, dont l'origine reste obscure. En dehors de toute hypothèse, ces faits viennent à l'appui de l'opinion défendue par M. Albarran, pour qui l'hydronéphrose calculeuse n'est pas aussi rare qu'on a voulu le prétendre dans ces dernières années.

Séance du 23 octobre.

Des uréthrites non gonococciques.

M. Jules Eraud (de Lyon), *rapporteur*. — De 1879 à 1884 règne cette conception qu'une seule espèce microbienne était la cause de l'uréthrite blennorrhagique. Mais en 1884, et depuis, divers auteurs ont rapporté des cas d'uréthrites dans lesquels des microorganismes autres que le gonocoque ont été trouvés. Si donc, actuellement l'existence des uréthrites non gonococciques n'est plus contestée, par contre, leur classification est encore difficile.

Laissant, à dessein, de côté toute la catégorie des uréthrites dites diathésiques, bien obscure encore, il importe, avant tout, de savoir s'il existe une uréthrite non gonococcique aiguë et primitive, pouvant se développer chez des individus vierges de tout passé urinaire: car, de sa démonstration, il résultera ce fait qu'à côté du gonocoque, il peut y avoir d'autres microbes capables de pyogénèse uréthrale d'emblée.

A en juger par le silence des auteurs, l'uréthrite aiguë non gonococcique doit être fort rare. De par sa nature, elle peut être chimique ou microbienne. La forme chimique est-elle une uréthrite aseptique d'emblée ou bien simplement une phase aseptique de la maladie? Pour l'expliquer, il faut, ou supposer une toxalbumine, capable par son action sur la muqueuse uréthrale de produire une suppuration aseptique, ou bien accuser l'imperfection de nos méthodes cocorantes actuelles qui ne permettent pas de déceler, dans tous les cas, les microorganismes qui s'y peuvent trouver.

Relativement à la variété microbienne de cette uréthrite sont variables les parasites qui y ont été rencontrés: tantôt des bactéries et cocci, tantôt le coli-bacille, etc. Dans un cas qui m'est personnel, j'ai trouvé ces parasites de deux espèces: des cocci et surtout des bâtonnets, ces derniers en prédominance. Ces bactéries formaient de

véritables îlots intra-globulaires et intra-cellulaires, au lieu des amas de gonocoques intra-leucocytaires.

Que sont ces parasites? Quelle est leur relation avec les saprophytes du canal? En thèse générale, qu'on envisage l'urèthre normal ou pathologique, c'est la forme coccienne ou diplo-coccienne qui constitue la forme prédominante de l'avant-canal. L'élément bacillaire y est rare, y compris le *bacillus coli-commune* qui, non seulement, ne vit pas normalement dans l'avant-canal, mais qui n'a aucune tendance à s'y développer normalement. Il est un fait bactériologique très frappant et qui est d'une grande portée; c'est que si l'on met en regard les cultures obtenues sur l'urèthre sain avec ce que l'on observe dans l'uréthrite aiguë, on est surpris de voir qu'aux lésions jeunes correspondent des formes microbiennes jeunes — en diplocoques — telles qu'elles vivent à l'état de saprophytes, alors que dans les lésions anciennes uréthrales et surtout prostatiques, on constate des formes cocci-bacillaires, strepto-bacillaires, plus ou moins anormales, dont le type original est le diplocoque.

D'autre part, autant que l'expérimentation animale permet d'en juger, les saprophytes de l'urèthre, en général, ne produisent que rarement de la suppuration vraie, ce qui montre deux choses: tout d'abord, l'absence à peu près constante, soit dans l'urèthre normal, soit dans le pus blennorrhagique, des staphylocoques pyogènes, et, en second lieu, la propriété très faiblement pyogène des saprophytes de l'urèthre.

D'où il suit: 1° la rareté de la suppuration uréthrale — en dehors du gonocoque — quel que soit le mécanisme invoqué; ce qui nous permet de nous rendre compte du peu de fréquence des uréthrites saprophytiques aiguës ou primitives; 2° que vraisemblablement le rôle des saprophytes est de présider aux diverses complications, cystites, orchite, etc.; 3° que ces saprophytes ne paraissent avoir qu'une résistance peu considérable, ce qui expliquerait peut-être le peu de durée et le peu de forces de l'uréthrite saprophyte aiguë; 4° que leur rôle, enfin, n'est pas absolument univoque.

Mais à cet égard, nos connaissances sont encore trop restreintes. Une étude plus réglée, plus méthodique des parasites de l'urèthre, la séro-réaction de Widal pour les formes coli-bacillaires, permettront sans doute de mieux déterminer à l'avenir le rôle, la fonction de chacun d'eux. A moins que des données nouvelles, comme celles qui tendent à se faire jour, à savoir — que la spécificité vient de moins en moins de l'espèce dont le rôle tend à s'effacer et de plus en plus du poison, dont le rôle grandit de jour en jour — viennent démontrer que le gonocoque n'est que le saprophyte transformé en pathogène, grâce à une diastase qui, ainsi que l'a démontré Buchner, se grefferait sur lui. Quant à la symptomatologie, est-elle différente de celle de l'uréthrite gonococcique ordinaire? On a prétendu que la réaction de la muqueuse était moins considérable, l'incubation plus courte, la douleur à la miction et à l'érection moins vive, le pus moins jaune, moins abondant, etc. Cette différence est peut-être plus apparente que réelle, car de même qu'il y a des blennorrhagies bénignes, il peut y avoir des uréthrites gonococciques plus ou moins graves.

Quant aux *uréthrites non gonococciques secondaires*, ce sont de beaucoup les plus fréquentes. On peut les diviser en suppurées ou muco-albumineuses : *a*) les uréthrites suppurées sont caractérisées par la production d'un écoulement purulent plus ou moins abondant, plus ou moins jaunâtre, présentant des alternatives de récidive et de période chronique; *b*) les uréthrites muqueuses ou muco-albumineuses sont caractérisées par une mucosité transparente et visqueuse. Ce suintement, qui est incolore, peut être le résultat d'une sécrétion prostatique ou bien d'une sécrétion uréthrale. Parfois, dans cette sécrétion pullulent les microorganismes; d'autres fois, on en trouve si peu ou même pas, au point qu'on pourrait les considérer comme aseptiques.

Quelle est la pathogénie de ces diverses uréthrites? Pour le moment, nous en sommes réduits aux hypothèses. De même, ces uréthrites sont-elles contagieuses? C'est là encore une question difficile à résoudre que l'expérimentation pourrait peut-être éclairer. L'homme peut-il contaminer la femme et *vice versa?* Sans doute, il existe chez l'homme des saprophytes; mais chez la femme il en existe également. Quel est alors le rôle de l'une ou l'autre espèce microbienne dans l'un ou l'autre sexe? A toutes ces questions, le mieux est de répondre par le doute, car le problème est plus complexe qu'on ne pourrait le croire. A côté du polymorphisme des microbes, il faut placer la question des toxalbumines, encore à peine ébauchée, qui va probablement reporter plus loin le mécanisme que l'on croyait devoir exister dans le rôle seul du microbe : autrement dit, derrière le microbe se cache son poison.

M. Noguès (de Paris), *rapporteur*. — Le développement que j'ai donné à mon rapport sur les *uréthrites non gonococciques*, ne me permet pas d'en donner une lecture complète et me force à ne signaler que les points principaux.

Je passe d'abord sur la spécificité du gonocoque qui est admise par tout le monde : toute discussion sur ce point serait oiseuse. Je préfère insister sur le diagnostic de ces uréthrites non gonococciques qui, à mon avis et malgré tout ce qui en a été dit, reste toujours possible et le plus souvent même facile. On a singulièrement embrouillé la question du gonocoque par la notion que l'on a créé des pseudo-gonocoques qui seraient des hôtes normaux de l'urèthre, qui auraient les mêmes caractères morphologiques et les mêmes réactions colorantes que les gonocoques sans en avoir les propriétés pathogènes. Ces pseudo-gonocoques n'existent pas, et dans le cas où l'exa-

men microscopique direct laisserait quelques doutes, la culture viendra les dissiper.

J'ai divisé les uréthrites non gonococciques en deux grandes classes, selon que l'écoulement contenait ou non des microorganismes; mais comme l'état antérieur du canal joue dans l'espèce un rôle capital, j'ai été amené à faire deux sous-divisions et je diviserai ainsi successivement les uréthrites microbiennes et les uréthrites non microbiennes en primitives ou en secondaires.

Les uréthrites microbiennes primitives sont exceptionnelles; je n'ai pu en recueillir que vingt-six observations dont trois inédites; elles étaient dues aux microbes les plus variés. Quant aux uréthrites microbiennes secondaires, elles sont très fréquentes, mais encore faut-il distinguer entre les infections localisées à la fosse naviculaire et celles qui s'étendent à toute la longueur du canal. Les microorganismes que l'on rencontre dans ces cas semblables sont très nombreux; nous avons décrit les principaux : ils sont au nombre de cinq, dont trois microcoques et deux bactéries.

Les uréthrites non microbiennes primitives sont, ou plutôt, doivent être tout à fait l'exception, car il ne nous a jamais été donné d'en rencontrer; on n'accordera cette dénomination qu'à celles qui auront subi la double épreuve de l'examen microscopique et de la culture. Quant à celles qui suivent une blennorrhagie à gonocoques, elles restent au contraire le type le plus commun des inflammations chroniques de l'urèthre; elles semblent tenir à deux causes : les phénomènes d'irritation et les modifications anatomiques. Aussi, en pareil cas, l'*examen histologique* est-il de toute nécessité.

Je passe brièvement sur le chapitre IV qui traite des complications possibles de ces uréthrites non gonococciques et surtout de leur contagiosité, question épineuse et cependant de pratique journalière.

Enfin, j'ai esquissé le traitement de ces dernières affections sans entrer dans tous les détails; j'ai surtout voulu montrer qu'il ne fallait pas, en présence de cas semblables rester dans l'inaction et laisser s'accréditer cette notion que la thérapeutique est impuissante contre les écoulemants chroniques; il n'en est rien; et quand elle est bien conduite, elle amène, en règle générale, la guérison.

Cystostomie sus-pubienne et résection des canaux déférents chez un prostatique. Suites éloignées.

M. E. Tailhefer (de Toulouse). — J'ai fait sur le même prostatique, la cystostomie sus-pubienne et la résection des canaux déférents, à vingt-cinq jours d'intervalle. La première de ces opérations date de quatorze mois. J'ai examiné cet opéré dans les derniers jours du mois de juillet dernier : il jouissait d'une santé générale et urinaire parfaites. Il n'a pas eu de nouvelle crise de rétention complète, bien qu'il n'ait suivi aucune sorte de traitement depuis sa sortie de l'hôpital. Il a eu pendant dix mois une infection vésicale intense qui fut causée par des manœuvres exécutées par un infirmier, sans précautions antiseptiques, dans le but de remettre en place le drain intra-vésical qui était tombé, bien que nous l'eussions fixé à la peau par un crin de Florence. Malgré nos instances, le malade n'a pas voulu laisser soigner sa cystite, qui, du reste, a guéri spontanément.

Quant à la prostate, je puis affirmer qu'elle est devenue plus petite et d'une dureté ligneuse. Les testicules ont conservé leurs dimensions préopératoires.

Sarcome de l'urèthre. Emasculation totale.

M. Mariachess (d'Odessa). — Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, chez qui une induration de la région pénienne prit un développement rapide et gêna bientôt la miction; le scrotum fut bientôt envahi, et quatre mois après le début la rétention d'urine s'établit et la vessie se distendit jusqu'au-dessus de l'ombilic. Une éxétrotomie interne fut pratiquée d'abord, puis quelques jours après des incisions périnéales furent nécessitées par une infiltration de l'urine; enfin la tumeur ayant continué à évoluer, je pratiquai l'amputation du pénis, la castration double et une extirpation des ganglions inguinaux, faisant, en outre, une uréthrostomie périnéale. Les suites furent satisfaisantes et dix jours après le malade quittait l'hôpital. Trois mois après, il n'y avait pas trace de récidive.

Sur une forme singulière de cancer de l'urèthre.

MM. Binaud et **Chavannaz** (de Bordeaux). — Il s'agit d'un homme de 54 ans ayant une déformation singulière de la verge.

Ce qui frappe à la simple inspection, c'est l'existence d'une brusque coudure siégeant à quatre centimètres du méat. Le pénis se trouve ainsi divisé en deux portions inégales. L'une comprenant les deux tiers postérieurs de l'organe, se dresse parallèlement à la paroi abdominale comme dans l'érection. L'autre formée du gland et de la partie immédiatement sous-jacente est rejetée en bas et à droite, elle est flasque. Le segment antérieur a sa consistance normale. Le segment postérieur présente, au contraire, une zone indurée qui occupe l'épaisseur même de l'urèthre. Par le passage d'un explorateur à boule n° 17, il y a une uréthrorrhagie abondante. Le malade quitte l'hôpital, puis y revient un mois après avec tous les signes apparents de l'infiltration d'urine dans l'étage inférieur. Le sujet subit l'uréthrotomie externe et succomba quarante jours après cette opération.

A l'autopsie, l'urèthre examiné à partir du méat est sain dans ses quatre premiers centimètres. Au delà, il est augmenté de volume, induré, et sa face interne est irrégulière. Un trajet fistuleux, creusé dans l'épaisseur de la bourse gauche, vient s'ouvrir à l'origine de l'urèthre

pénien. En arrière de ce trajet, l'urèthre se perd dans une masse cancéreuse qui se confond avec lui et remonte jusque dans la moitié inférieure de la prostate. Dans sa partie supérieure, l'urèthre prostatique redevient nettement visible. Le corps caverneux droit est sain ; le gauche offre un noyau cancéreux de deux centimètres de longueur. La vessie et le rectum sont indemnes.

L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'un carcinome encéphaloïde. Nous insisterons sur la valeur diagnostique de la rigidité de l'urèthre dans la période préfistuleuse ; accompagnée de symptômes de rétrécissements, elle constitue une forte présomption en faveur d'une tumeur maligne.

Un cas de collection rétro-vésicale à point de départ appendiculaire ayant déterminé le passage du bactérium-coli à travers les parois de la vessie.

MM. Hartmann et Reymond (de Paris). — Il s'agit d'un malade âgé de 16 ans, n'ayant jamais eu de blennorrhagie, ni subi de cathétérisme : une collection se développa entre le rectum et la vessie, englobant la paroi postérieure de cette dernière. La collection fut ouverte par M. Hartmann, à l'aide d'une incision sous-ombilicale médiane : les suites ont été des plus simples.

Or, dans ce cas, les urines contenaient du bactérinm-coli; quant au pus de l'abcès, il contenait, lui aussi, du bactérium-coli, en même temps que plusieurs streptocoques et cocci d'espèces différentes; six jours après l'opération l'urine était à nouveau stérile.

M. Reblaud (de Paris). — Je me demande si la pathogénie qui vient d'être invoquée par M. Reymond pour expliquer le passage du bactérium-coli dans l'urine doit être admise. Pourquoi le bactérium-coli aurait-il traversé seul les parois de l'intestin malade, sans être accompagné par d'autres microbes? Ne serait-il pas plus logique d'admettre un passage du microbe dans le sang, puis son élimination par le rein ?

M. Reymond. — Je croyais avoir par avance répondu aux deux objections de M. Reblaud.

En ce qui est de la possibilité d'infection de la vessie par voie rénale, j'ai dit que cette hypothèse n'expliquerait pas pourquoi l'urine est restée infectée tant que la collection a enveloppé la paroi postérieure de la vessie, et pourquoi elle est redevenue stérile à partir du moment où la collection a été ouverte à l'extérieur. Rien d'autre part ne permet d'admettre la bactériémie nécessaire pour expliquer que le bactérium-coli ait pu revenir presque à son point de départ après avoir parcouru l'organisme.

M. Rebland s'étonne que les espèces microbiennes de la collection rétro-vésicale n'aient pas toutes traversé les parois vésicales, et ne comprend pas pourquoi le bactérium-coli se serait comporté vis-à-vis des tissus autrement que les saprophytes qui s'accompagnent. Je croyais, au contraire, qu'il était de connaissance banale que le coli peut dans nombre de cas traverser des tissus qui offrent encore une barrière suffisante aux autres microbes: c'est le cas d'infection par le coli du sac de la hernie étranglée; c'est ce que nous constatons encore au moment de la mort; les tissus voisins du tube digestif se trouvant infectés par le bactérium-coli avant même que la mort survienne, bien avant que les autres espèces aient envahi les mêmes tissus.

Or, la vessie ne fait pas exception à cette règle générale, c'est de ce que j'ai eu l'occasion de constater plusieurs fois depuis que j'ai étudié, en 1893, l'infection de la vessie à travers ses parois.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

M. le professeur Dieulafoy commencera son cours de clinique médicale le samedi 20 novembre 1897, à 10 heures et demi, et le continuera les mercredis et samedis suivants, le mercredi à 10 heures, le samedi à 10 heures et demie (amphithéâtre Trousseau).

Visite des malades (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne) tous les jours à 9 heures.

Enseignement complémentaire. — Les mercredis et samedis à 4 heures et demi, conférences cliniques par MM. Kahn, chef de clinique, et Jolly, interne du service.

Les jeudis, à 10 heures et demi, démonstrations pratiques d'anatomie pathologique, histologie et bactériologie par MM. Du Pasquier et Apert, chefs du laboratoire.

Les mardis, à 10 heures et demi, conférences et démonstrations pratiques de laryngologie, rhinologie et otologie, par M. Bonnier.

Les vendredis, à 10 heures et demi, conférences et démonstrations pratiques d'électrothérapie, par M. Lacaille.

(MM. les étudiants qui désireraient suivre ces conférences d'enseignement complémentaire sont priés de se faire inscrire salle Saint-Christophe.)

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.

M. le professeur Laboulbène a commencé les cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le mardi 16 novembre 1897, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur résumera la biographie et l'œuvre de R.-T.-H. Laënnec.

Cours libre sur les maladies chroniques; maladies des vieillards; maladies du système nerveux.

M. Marie agrégé, commencera ce cours le mercredi 24 novembre 1897, à 5 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

M. le Dr D. Conrtade est nommé chef du laboratoire de la chaire de pathologie expérimentale et comparée.

Sont nommés chefs de laboratoire des cliniques : MM. Caussade (*clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*), Hallion et du Pasquier (*clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*), Mangiu-Bocquet (*clinique médicale de la Pitié*), Tbiercelin (*clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine*), Gastou (*clinique des maladies cutanées et syphilitiques*).

M. Terrien est nommé chef adjoint du laboratoire de la clinique ophtalmologique.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Anatomie. — MM. Darbois, 8; Chevrey, 10; Andistère, 12; Victor Legros, 7; Arnoux, 5; Audard, 6; Alexis Chevé, 9; Henri Berthier, 11; Belgrand, 10; Beaujard, 7; Gil, 5; Courtellemont, 7; Lenoble, 5; Duval, 12; Marais, 11; Gardner, 9; Ch. Roche, 6; Lorot, 4; Latron, 5; Croisier, 13; Levesque, 12; Hallopeau, 9; Gasne, 11; Gottschalk, 8; Poulain, 14; Huguier, 12; Cholet, 12; Mlle Pariselle, 11; MM. Millon, 11; Goubeau, 11; Jeannin, 12; Durand-Viel, 13.

Pathologie. — MM. Goizet, 6; Meuriot, 13; Loisel, 9; Honsquains, 7; Houselot, 10; Kermektchieff, 8; Javal, 10; Leclere, 11; Halberchtadt, 7; Labbé, 13; Lucius, 9; Edwards, 9; Gaston Legros, 11; Mouchotte, 12; Dambrin, 11; Raoul Coudert, 11; Tesson 10; Pédebidou, 12; Ranson, 8; Ronband, 10; Gérand, 12; Louis Moret, 13; Delherm, 9; Laubry 12; Le Roux, 3; Costin, 10; Guénard, 11; Langevin, 10; Latteux d'Espagne, 9; Gauebery, 13; Léger, 8; Deschamps, 12; Constantinesco, 7; Géraudel, 14; Neveu, 11; Lamouroux, 12; Mannoni, 7.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Rondeau, 15; Trolley, 16; Rumpelmayer, 13; Segallas, 12; Rouet, 16; Zarzicki, 16; Zvibel, 14; Rodocanachi, 13 1/2; Simonin, 4; Roblot, 5; Solacolu, 9; Sautelet, 10; Tapie, 13; L. V. Rousseau, 10; Vergnaud, 13; Robert Leroux, 6; Kaplan, 5 1/2; Kauffmann, 10; Mlle Maugeret, 14; MM. Lagarde, 10 1/2; Le Play, 18; Jacot, 6; L. P. Leduc, 4; Métoz, 16; Jamart, 14; Paul Mathien, 14 1/2; Jean P. Ledue, 14 1/2; Laborde, 16; Le Louet, 3; Lavenant, 12; Laufer, 11; Lestelle, 14; Em. Maillard, 11; Lacombe; 18; Mlle Majerezae, 15 1/2; MM. Loustau, 12 1/2; Laurent, 16; Lebasteur, 11; Louvean, 10: Mazeyrie, 15; Mezger, 10 1/2; Fernand Lévy, 13; Mareiteau, 12 1/2; Mendelssohn, 6; Lalon, 5; Jouon, 15; Leremboure, 11; Maigrot, 9; Houzel, 15; Levassort, 14; P. Lesage, 6; Jouany, 13; G. Martin, 13 1/2; Jacquemin, 17 1/2; Melin, 10; Jules Lemaire, 16; Lemaistre, 9; Lhuillier, 11; Jacœl, 7 1/2; Lejeune, 15; Lardennois, 15; Joseph Mathieu, 19 1/2; Herbout, 13; Lebreton de Laperrière, 14; Mage, 14.

Pathologie. — MM. Bauer, 18 1/2; Bréal, 16 1/2; Borrel, 13 1/2; Baldenweek, 9: Bidel, 17; Carnus, 12; Auburtin, 17; Bacquié, 8; Albouker, 12; Béclard, 16; Bonamy, 16; Ayrignac, 14: Ader, 15; Bréavoine, 13; Benoit de la Grandière, 8 1/2; Bacqué, 11; Bandoin, 17; Boirivant, 14; Georges Barret, 10; André, 19; Cabanne-Tellé, 8; Bourgnignon, 16; Bessou, 18; Bordenave, 12; Bué, 15 1/2; Henry Burty, 10 1/2; André Burty, 13; Astengo, 14; Canton, 15; Henry Barré, 12; Apostolidès, 10; Bondréaux, 16 1/2; Cassuto, 12 1/2; Béguinot, 16; Cantonnet, 13 1/2; Blanchet, 14 1/2; Boileau, 16 1/2; Boulommier, 14; Carteret, 11; Baudrand, 15 1/2; Bouny, 16; Blasart, 12 1/2; Caruette, 11; Berre, 15; Balatre, 15; Pfister, 15 1/2; Nivet, 16 1/2; Perrody, 14 1/2; Pignot, 15; Rambaud, 17; Piquand, 19; Parant, 15 1/2; Napieralski, 17; Murer, 14 1/2; Amieux, 16 1/2; Agathos, 12; Navarre, 15 1/2; Privat de Fortunié, 13; Poissenot, 12 1/2; Muret, 16; Parrot, 12; Peck, 12 1/2; Okinczyc, 16; Morchoisne, 14; Osty, 19 1/2; Moog, 10 1/2; Pillet, 20; Panlouch, 14; Potiez, 10; Pron, 13 1/2; Renon, 14; Reumaux, 10; Perrin, 13 1/2; Preciado, 15; Reniac, 17; Broussais, 11 1/2.

VARIA

Election d'un membre titulaire de l'Académie de Médecine.

Votants : 70. — Majorité absolue : 36.

MM. **Bourquelot**	62 voix.	(Elu.)
Qnesneville	4	—
Yvon	4	—

Une innovation heureuse.

La *Grande Librairie Médicale A. Maloine*, rue de l'Ecole-de-Médecine, 23 et 25, à Paris, vient de créer un service de prêt de livres de médecine par abonnement, sous le nom de *Maloine Médicale Circulante*.

Pour *cinq francs par mois*, les abonnés reçoivent en lecture, pour un temps indéterminé, tous les ouvrages de médecine qu'il leur convient de demander.

Le catalogue des ouvrages, ainsi que les conditions d'abonnement, seront envoyés franco sur demande.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 48 27 Novembre 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : **Dr Pierre SEBILEAU.**

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement des péritonites aiguës (1).

Par M. le Dr Emile Forgue,
Professeur de clinique chirurgicale.

A. — Indications générales de leur traitement.

L'intervention chirurgicale dans les péritonites aiguës, non tuberculeuses, est une question d'actualité : le débat vient de s'ouvrir simultanément, en avril 1897, devant le vingt-sixième Congrès de la Société allemande de Chirurgie, et, en mai dernier, devant la Société de Chirurgie de Paris. C'est, en effet, une de ces questions que n'ont point suffi à trancher les premiers résultats de la chirurgie antiseptique. Il a fallu, pour la documenter et la préciser, d'autres progrès. D'abord, une étude pathogénique, appuyée sur la bactériologie, des diverses espèces microbiennes de la péritonite, des modes de réaction de la séreuse, de ses conditions de défense contre l'infection : ce sont là, désormais, notions assez nettes pour que des applications pratiques s'en puissent déduire. Puis, notre étiologie éclairée par les biopsies des laparatomies exploratrices, est devenue plus exacte : l'ancienne conception de la péritonite idiopathique, essentielle, a disparu presque totalement; nous savons maintenant que, dans la majorité des cas, l'infection péritonéale est issue de lésions ulcéreuses, ou tout au moins de lésions permettant la migration microbienne à travers la paroi viscérale; nous avons appris que ces lésions avaient, comme foyers d'élection, des organes dont le rôle pathogène était jadis inconnu, l'appendice, les trompes, la vésicule biliaire; l'histoire des perforations de l'estomac, du duodénum, de l'intestin s'est bien éclairée des contributions apportées aux médecins par les chirurgiens, de même que les accoucheurs ont eu profit à nous confier le traitement des affections puerpérales. Aussi, de plus en plus, nous avons été portés vers le traitement direct de ces lésions causales et vers la désinfection de la séreuse enflammée; et assez d'interventions ont été pratiquées pour qu'on y puisse fonder, sinon des conclusions définitives, du moins une appréciation logique et exempte d'illusions.

1° Péritonites septiques et toxiques diffuses. — Sans doute, il est des péritonites qui sont et resteront, malgré toute antisepsie, en dehors de notre action chirurgicale. Telles sont ces formes suraiguës et diffuses, mortelles en vingt-quatre et quarante-huit heures : par leurs symptômes, ces péritonites « pernicieuses », pour parler comme Reichel, éveillent l'idée d'un empoisonnement à dose massive par des toxines violentes, plutôt que d'un processus progressif et curable d'infection de la séreuse. La virulence est telle, alors, que la résistance n'a point le temps de s'organiser : la toxémie l'emporte sur l'inflammation, et contre elle, nous ne disposons que des injections intra-veineuses de sérum artificiel, de la caféine et de

(1) Extrait du *Nouveau Montpellier médical*, 6 novembre 1897, n° 45.

la spartéine pour relever les contractions cardiaques, des transfusions de sérum artificiel pour atténuer la dyspnée progressive.

Ouvrir le ventre, en pareil cas, c'est s'exposer à activer le collapsus final; et il est des contre-indications qu'il est sage de ne point enfreindre. D'abord et surtout l'hypothermie, le refroidissement des extrémités, mains et nez, est un indice de défaillance cardiaque menaçante, et, s'il coïncide avec un abaissement de la température centrale, il devient une raison valable d'abstention. Le pouls fréquent, battant à plus de 140, filant et faible, c'est-à-dire traduisant un travail précipité du cœur qui cherche à suppléer par le nombre de ses efforts à leur insuffisante vigueur, constitue, pour le praticien, un renseignement digne de la plus grande attention : c'est assurément sur les ganglions nerveux de l'organe ou sur son centre bulbaire que ces toxines péritonéales portent leur action élective; ce sont des poisons cardiaques. Le ton cyanosé des téguments de la face exprime encore les menaces de collapsus cardiaque : l'accélération du rythme respiratoire au delà de 35 inspirations par minute, son irrégularité, la faiblesse croissante de l'ampleur de ses mouvements, la diminution considérable de la sécrétion urinaire, la voix éteinte, viennent compléter ces indices d'intoxication grave, capables, par leur ensemble et leur intensité, de détourner le chirurgien d'une intervention inutile, risquant d'aboutir à une mort sur table ou à une fin accélérée.

2° Péritonites curables en général. — Cette notion des formes hypertoxiques de la péritonite est d'une importance pratique capitale. Jusqu'à ces dernières années, on en restait au tableau classique des infections de la séreuse ayant le temps d'aboutir à la production de fausses membranes et la formation de pus. Nous savons maintenant qu'une septicémie péritonéale peut tuer en moins de deux jours, en ne montrant qu'un intestin vascularisé et distendu, un état dépoli ou poisseux de la séreuse, un épanchement souvent minime, un peu de sérosité dans les culs-de-sac déclives. Au contraire, quand l'infection est moins virulente et la résistance plus active, les fausses membranes ont le temps de s'organiser, de circonscrire le processus, d'enclore par des adhérences le pus en foyers, de « blinder » le feuillet viscéral, d'atténuer ainsi sa puissance de résorption et sa sensibilité exquise, source de réflexes périlleux : la suppuration est donc un indice de défense, d'évolution vers une guérison possible, de lutte organique. Et, si le chirurgien est impuissant contre les intoxications péritonéales suraiguës aboutissant vite à l'algidité, il trouve, au contraire, occasion favorable à des interventions bienfaisantes dans les formes où le processus s'atténue comme virulence immédiate et tend à se limiter par des réactions défensives : alors, les symptômes généraux sont moins rapidement graves, le cœur n'est point d'emblée atteint, l'infection locale prend le pas sur l'empoisonnement.

C'est dans cette distinction, expérimentalement établie et cliniquement observée, que nous trouvons, sinon l'indication nette de la conduite à tenir, du moins les raisons de nos échecs ou de nos succès; car, au total, il demeure souvent difficile de reconnaître à l'avance, dès les premiers signes de l'infection péritonéale, à quelle forme on aura affaire. Dans le doute, et en l'absence des contre-indications que nous avons admises, il en faut bien conclure qu'il convient d'opérer le plus tôt possible, lorsque l'infection péritonéale tend à se généraliser, lorsque l'étendue des douleurs, le ballonnement du ventre, les vomissements, l'accélération et la petitesse du pouls révèlent cette diffusion. Toutes les fois, au contraire, que la marche lente et la faible intensité des symptômes le permettent, il y a avantage à laisser le travail des adhérences faire son œuvre de cloisonnement et de protection; l'intervention y gagne en simplicité et en bénignité : autour de l'appendice, des annexes, au voisinage du méso-côlon ou du mésosigma, cette circonscription en véritables poches de péritonite enkystée est un résultat que favorisent les dispositions anatomiques de la région.

Les conditions de l'intervention et, partant, les chances de curabilité sont inégales, on le conçoit, suivant le siège et la nature de la lésion causale. On a publié un nombre considérable, assez considérable pour fausser sur ce point le jugement, d'observations sous ce titre: péritonite généralisée guérie par la laparotomie. Certes, un semblable succès n'est point impossible, si l'on intervient dès la première heure et s'il ne s'agit point d'une forme d'emblée hypertoxique; nous venons d'en obtenir une preuve remarquable dans notre service de Montpellier, chez une femme atteinte de péritonite post-abortive. Mais, bien plus souvent, cette épithète de « généralisée » n'est point méritée; et la discussion récente à la Société de Chirurgie établit ces réserves nécessaires. « Quand vous avez ouvert, disait Quénu, un péritoine plein de pus, néanmoins ne concluez pas qu'il s'agit d'une périto-

nite généralisée : la purulence est enkystée et la masse de l'intestin grêle est comprise dans cet enkystement ». Bouilly estime que « ce qu'on appelle péritonite généralisée est une péritonite curable dans laquelle la généralisation n'est pas étendue à la masse de l'intestin grêle : elle diffère de la vraie péritonite généralisée, très septique, et dans laquelle l'intestin flotte librement dans la cavité péritonéale ». L'ampleur de la cavité purulente ne saurait suffire à caractériser la généralisation : la main introduite va en haut, jusqu'à la coupole diaphragmatique, descend en bas dans le petit bassin, jusqu'au Douglas ; mais cette loge purulente ne pénètre point entre les anses : elle demeure à leur surface, séquestrée du reste de la grande cavité séreuse par une large nappe de fausses membranes qui, à la façon d'un tablier, tapissent la face antérieure des viscères ; par points, quelques loges purulentes secondaires sont isolées entre les adhérences ; mais sous la couche néo-membraneuse protectrice, l'intestin peut rester sain, non coudé, perméable. Dans d'autres variétés — péritonite à foyers multiples de Nélaton — l'infection de la séreuse se cloisonne en loges multiples, indépendantes, parfois distantes, formant autant de poches purulentes enkystées. Il y a donc, comme la formule Richelot, une différence radicale entre les péritonites très étendues — ce que Jalaguier appelait les grandes péritonites enkystées — et les péritonites généralisées ; et Reynier a raison de demander désormais des observations plus complètes et mieux dénommées. Au vingt-sixième Congrès de Chirurgie allemande, en avril 1897, Lennander d'Upsal trouvait aussi qu'il y avait un abus dans l'emploi des termes « diffuse » et « généralisée » appliqués à la péritonite ; et il établissait une distinction de réelle valeur clinique, entre les péritonites « périphériques » qui occupent et tendent à cloisonner la périphérie de la cavité abdominale, laissant intactes les anses de l'iléon, et celles dites « centrales » qui siègent au milieu de l'abdomen, parmi les anses.

3° Des conditions de l'intervention dans les diverses espèces de péritonites. — Dans les péritonites, quelle que soit leur origine, où l'infection de la séreuse est massive, de haute virulence, et n'a pas le temps d'aboutir à un processus suppuratif plus ou moins circonscrit, où la rapide gravité des symptômes traduits un empoisonnement septicémique suraiguë, l'intervention locale court le risque de ne rencontrer que de faibles chances de guérison ; et il n'est pas besoin de longues statistiques pour en faire la preuve. Telles les péritonites diffuses et hypertoxiques de la puerpéralité opérées *in extremis*.

§ 1er *Péritonites typhoïdes par perforation.* — Telles aussi, dans l'ensemble, les péritonites de la fièvre typhoïde. Leyden, le premier, en 1884, préconisa l'intervention chirurgicale dans les perforations intestinales de la fièvre typhoïde ; en 1885, Lucke réalisa sans succès cette opération ; en 1889, une discussion à la Société de médecine de Dublin établissait la nécessité d'une intervention précoce ; en 1895, Lejars pouvait réunir 25 faits de ce genre, avec 6 guérisons, dont 3 incontestables ; Monod et Vanverts (1) ont, en 1897, basé sur 27 observations démonstratives un mémoire judicieux et complet ; Finney (2) a colligé 47 cas avec 13 guérisons ; en 1896, la communication de Dieulafoy (3) a prouvé qu'il existait, plus souvent qu'on ne le pense, une perforation de l'appendice typhoïde, confondue à tort avec la perforation de l'intestin, et a appelé l'attention des médecins sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale non seulement dans les cas d'appendicite, mais encore dans l'hypothèse des perforations survenues au niveau d'une plaque de Peyer ulcérée.

« Il ne faut pas, a dit Dieulafoy, englober toutes les péritonites typhoïdes dans la même rubrique : il faut distinguer dans la mesure du possible l'appendicite para-typhoïde de la péritonite par perforation. » Dans le cas d'une péritonite appendiculaire, l'opération s'impose au même titre que dans l'appendicite et peut se guérir de même façon, ainsi qu'en témoignent les faits de Rontier et Hue.

Le problème est moins facile dans l'hypothèse de péritonite typhoïde par perforation intestinale. Dieulafoy reconnaît lui-même que les symptômes de la péritonite sont parfois tellement flous que le diagnostic reste hésitant et que, si l'on attend un jour ou deux avant de prendre une décision, on enlève aux malades les quelques chances de salut qui leur restent. A son dire, le signe le plus net de la perforation intestinale due à l'ulcération d'une plaque de Peyer est la chute brusque de la température : or, Lereboullet a justement contesté la valeur de cette indi-

(1) Monod et Vanverts : Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde. *Revue de Chirurgie*, 10 mars 1897.

(2) Finney : *Annals of Surgery*, mars 1897, vol. XXV, n° 3.

(3) Dieulafoy : Communication à l'Académie de Médecine. Séance du 27 octobre 1896.

cation et montré par des citations et des faits que la température peut, au contraire, s'élever rapidement dans le cas de rupture de l'intestin; et l'examen de trois courbes prises dans les hôpitaux militaires nous rattache à son avis. C'est dans la fréquence brusque du pouls, dans la douleur de la région iléo-cœcale, les vomissements, l'angoisse respiratoire, que le clinicien trouvera de plus ses indices. En admettant ce diagnostic posé, l'intervention chirurgicale rencontre des difficultés pouvant aller jusqu'à la contre-indication. La perforation se produit ordinairement à la période d'état de la dothiénentérie : l'opération se fait donc en des conditions défavorables de septicité intestinale d'adynamie et d'intoxication générale; aussi, les cas suivis de succès sont ceux où la perforation était survenue tardivement — dans la troisième semaine (Abbe), la septième (Watson), au cours de rechute (Van Hook), dans la convalescence (Wagner, Brunton et Bowlby) — c'est-à-dire à une période où l'organisme était moins intoxiqué et le contenu intestinal moins virulent. La multiplicité des perforations est une objection, mais n'est pas le cas habituel : ordinairement, l'ulcération est unique, mais elle peut être suivie, tant est aminci le segment iléo-cœcal, de perforations successives, comme le montrent les cas de Brun et de Routier. Et, l'enseignement des faits et des chiffres répond bien à ces conditions défavorables : la statistique bien composée de Monod nous révèle, après l'intervention, une mortalité de 88 0/0. Mais, comme l'expectation est encore pire — 95 0/0 de léthalité — on n'en saurait conclure au rejet de l'opération; l'affaiblissement du malade, l'hypothermie, la chute de la tension artérielle et de la contractilité cardiaque sont des contre-indications à respecter; en leur absence, et en bonnes conditions matérielles d'intervention, on peut tenter cette chance, tout en l'annonçant précaire; mais alors il faut opérer précocement : dans trois des quatre cas suivis de guérisons, l'intervention fut pratiquée huit heures, onze heures et douze heures après la production de la perforation.

§ 2. *Péritonites sus-ombilicales par perforation de l'estomac, de la vésicule ou du duodénum.* — Une catégorie de péritonites, favorable à l'intervention, se localise au-dessus du côlon transverse : à la suite d'une perforation de l'estomac, du duodénum, ou de la vésicule, le contenu viscéral s'est épanché; s'il est en quantité modérée et de virulence restreinte, l'infection est endiguée par des adhérences s'établissant entre le côlon transverse et la paroi abdominale antérieure, puis, elle gagne la région lombaire droite, suit parfois tout le côlon, arrive à la fosse iliaque droite, où elle simule une périappendicite, peut quelquefois passer derrière la vessie et gagner la fosse iliaque gauche, mais reste excentrique, écartée de la masse grêle. Parfois, on observe deux foyers maxima de péritonite : l'un au-dessous du foie, en avant de l'estomac et du duodénum; l'autre dans l'excavation pelvienne et la fosse iliaque droite, séparés par une zone de lésions minimes, plaques de fibrine, vascularisation de la séreuse, adhérences fines. L'espèce la plus intéressante est incontestablement la péritonite par perforation gastrique; deux signes sont importants, sinon pathognomoniques : la sensation brusque de déchirure et de douleur dans la région épigastrique, la disparition de la matité hépatique qui est remplacée par de la sonorité. L'indication est nette alors.

§ 3. — *Péritonite pneumococcique.* — Chez l'enfant, chez les filles surtout, une forme s'observe, forme de péritonite enkystée sous-ombilicale, très propice à l'intervention, présentant des caractères et une évolution qui permettent le plus souvent de la distinguer des péritonites d'une autre origine : nous voulons parler de la péritonite à pneumocoques (1), qu'ont bien exposée les thèses de Lajotte, de Boulay, de Morisse, de Lecoq et dont l'étude thérapeutique a reçu des travaux de Kirmisson, de Brun et de Jalaguier une décisive contribution. Le début en est soudain, marqué par une élévation de la température qui, après être restée sept ou huit jours stationnaire, s'abaisse rapidement à la normale, dessinant une courbe thermique comparable au tracé classique de la pneumonie. Noyés, au début, au milieu des manifestations de l'infection générale, douleurs vives, vomissements et diarrhées, les signes locaux se dégagent peu à peu, révélant l'existence d'une collection intra-péritonéale abondante mais enkystée : on voit au-dessus du pubis, dans les fosses iliaques, apparaître une tuméfaction empâtée, mate, quelquefois fluctuante. « Cette localisation des lésions, déjà par elle-même significative, acquiert, nous dit Brun, une valeur presque

(1) Consulter : LAJOTTE, *Thèse de Paris*, 1891, n° 85. — BOULAY, *Thèse de Paris*, 1891, n° 96. — MORISSE, *Thèse de Paris*, 1892, n° 318. — LECOQ, *Thèse de Paris*, 1893, n° 277. — KIRMISSON, *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1895, tome, XXI, p. 366. — BRUN, *Presse médicale*, 18 janvier, 1896 et 27 février, 1897. — JALAGUIER, Société de Chirurgie, mai, 1897.

pathognomonique lorsqu'elle s'accompagne d'un signe que j'ai trouvé mentionné 9 fois sur 14 cas, je veux parler du déplissement ou de la fistulisation de l'ombilic : dans les trois derniers cas que j'ai observés, la saillie et la rougeur du nombril m'ont de suite mis sur la voie du diagnostic ». Donc, plus grande fréquence chez le sexe féminin, localisation habituelle dans la zone sous-ombilicale, tendance à l'ouverture spontanée au nombril, voilà, pour le praticien, des indications à reconnaître d'autant plus rapidement que la laparotomie donne, pour cette forme, des chiffres de guérison très favorables — 11 guérisons sur 14 cas colligés par Brun — et n'est à vrai dire qu'une ouverture d'abcès.

§ 4. — *Péritonites sous-ombilicales*. — Dans la zone sous-ombilicale, deux organes dominent, au point de vue de l'étiogie des infections péritonéales : l'appendice et les trompes. Ils peuvent être le point de départ de péritonites septiques, au-dessus de toutes ressources ; mais plus souvent l'évolution est moins foudroyante et le processus localisé : après des symptômes initiaux, parfois comparables à ceux d'une péritonite généralisée, on voit la tuméfaction douloureuse se circonscrire, les phénomènes généraux s'amender et laisser place à une intervention nette et efficace.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 novembre. — Présidence de M. Delens.

Abcès sous-phréniques.

M. Michaux. — J'ai observé récemment chez un malade de M. Gilbert, à l'hôpital Broussais, un cas d'abcès sous-phrénique qui présente un certain nombre de particularités intéressantes. On avait constaté à la partie inférieure de la poitrine, du côté droit, des signes de pneumothorax avec un gargouillement tout à fait net, ce qui fit supposer qu'il s'agissait d'un abcès sous-phrénique consécutif à une pleurésie purulente et qu'il y avait deux poches, l'une sous-phrénique, l'autre sus-diaphragmatique. Dès que j'eus pratiqué une incision de la paroi, au-dessous du rebord costal, je pénétrai dans une vaste cavité où j'introduisis une longue sonde cannelée qui atteignit le niveau de la troisième côte ; je pensai d'abord que l'instrument avait franchi un orifice de communication reliant l'abcès sous-phrénique avec une poche pleurale, mais bientôt je pus me convaincre que la plèvre était refoulée vers le haut, que le sinus costo-diaphragmatique n'existait plus en quelque sorte et qu'il n'y avait pas de cavité suppurée intra-pleurale. Il me suffit de tailler avec le bistouri et une pince coupante un large volet thoracique que je réclinai en haut, pour avoir sous les yeux la cavité tout entière de l'abcès sous-phrénique.

Je me demandai si la lésion primitive n'était pas un abcès de foie, et je fis dans cet organe une vingtaine de ponctions au thermocautère, qui ne donnèrent issue qu'à une petite quantité de sang.

Après une amélioration passagère, le malade succomba au bout d'un mois et l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une tuberculose péritonéale sus-hépatique, comme dans un des cas qui ont été communiqués dernièrement par M. Courtois-Suffit, à la Société médicale des Hôpitaux.

M. Peyrot. — J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quatre ou cinq ans, une forme rare d'abcès sous-phrénique chez une femme de trente-huit à quarante ans, que l'on croyait atteinte d'une pleurésie purulente enkystée. Je pratiquai l'ouverture d'une vaste collection sus-hépatique, et la ponction exploratrice du foie, faite en deux ou trois points, me permit de constater que cet organe renfermait une masse dure, de consistance pierreuse, dont je ne pus tout d'abord m'expliquer la nature. A l'autopsie, on put reconnaître que cette masse dure était constituée par un kyste hydatique calcifié, qui avait été le point de départ des accidents.

M. Tuffier. — J'ai ouvert, chez une femme de 30 ans, un abcès sous-phrénique pour lequel on avait fait le diagnostic de pleurésie diaphragmatique enkystée. Les deux feuillets de la plèvre étant adhérents l'un à l'autre, je traversai le diaphragme et ouvris une vaste collection suppurée sous-diaphragmatique. Cette femme avait été, plusieurs semaines auparavant, atteinte d'une furonculose généralisée, et elle succomba finalement à une pyélonéphrite à staphylocoques.

Dans un deuxième fait, j'ai observé une collection sanguine sous-phrénique chez un malade que l'on considérait comme atteint d'un kyste hydatique. Plusieurs ponctions successives ramenèrent constamment un liquide séro-sanguinolent. Le sujet est mort tuberculeux et la nécropsie n'a pu être faite.

M. Routier. — Je puis vous citer deux cas d'abcès sous-phréniques dans lesquels j'ai dû, pour obtenir la guérison, pratiquer une large résection pariéto-costale, comme dans l'opération d'Estlander.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade qui, lorsque je fus appelé à lui donner mes soins, présentait une fistule au niveau des fausses côtes inférieures du côté droit ; lorsqu'on introduisait un stylet dans la fistule, l'instrument, après un trajet assez long, venait buter contre une surface qui donnait la sensation d'un corps très dur. Après avoir réséqué une portion assez étendue de la paroi thoracique inférieure, je tombai dans une énorme cavité comprise entre le diaphragme et la face supérieure du foie ; cet organe présentait une surface

bosselée et indurée dont la consistance me donna la raison des sensations perçues à l'introduction d'un stylet dans la fistule. La guérison fut obtenue au bout d'un certain temps.

Ma deuxième observation a trait à un malade qui avait eu des troubles rapportés à l'existence d'une collection plenrétique du côté droit. Je fis une simple incision de la collection suppurée et ouvris ainsi un vaste abcès sous-phrénique. Il en résulta une fistule persistante dont la guérison ne put être obtenue qu'après une large résection pariéto-costale, comme dans le cas précédent.

M. Berger. — Il y a environ un an et demi, j'ai ouvert un abcès sous-phrénique consécutif à une appendicite, et la simple incision de cet abcès a été suivie de guérison.

M. Potherat. — J'ai opéré, l'année dernière, un cas tout à fait semblable au premier cas de M. Routier. Il s'agissait d'un abcès resté fistuleux après une ouverture pratiquée en province et pour lequel on avait porté le diagnostic d'abcès du foie. Je fis une incision le long du rebord costal et j'arrivai dans une cavité limitée en haut par le diaphragme et en bas par le foie, dont la surface était indurée et donnait presque la sensation d'un organe calcifié. Une fistule persiste encore malgré mon intervention, et je crains d'être obligé de pratiquer une résection de la cage thoracique, comme M. Routier l'a fait chez ses deux malades.

Cholédochotomie.

M. Lejars. — Dans un cas d'ictère chronique chez une femme de 52 ans, atteinte de lithiase biliaire depuis l'âge de 38 ans, la laparotomie m'a permis d'enlever par la cholédochotomie sept calculs renfermés dans le canal cholédoque, qui fut ensuite suturé. Je laissai un drain au contact du canal, et les jours suivants il y eut à peine quelques gouttes de bile dans le pansement; l'ictère diminua progressivement, une première selle colorée se produisit au septième jour et la guérison fut obtenue rapidement.

M. Tuffier. — Je suis intervenu, pour un ictère chronique, chez une femme dont l'état général était tellement grave que je ne pouvais songer à pratiquer une longue opération; aussi, bien qu'ayant reconnu avec le doigt que les canaux cystique et cholédoque étaient bourrés de calculs, je me contentai de faire une cholécystostomie, et, les jours suivants, la malade émit par sa fistule trente-trois calculs volumineux; elle vida ainsi complètement ses voies biliaires, mais elle conserva une fistule qui ne se fermait pas parce qu'il existait vraisemblablement un rétrécissement cicatriciel du canal cholédoque. Lorsque l'état général se trouva tout à fait satisfaisant, je pratiquai secondairement une cholécystentérostomie qui fut suivie d'une guérison définitive.

M. Schwartz. — Dans un cas d'occlusion des voies biliaires, ayant constaté, après l'ouverture de la vésicule biliaire, que le canal cystique était complètement oblitéré, j'explorai le cholédoque; ce conduit renfermant un calcul, je fis la cholédochotomie, j'enlevai le calcul et suturai le cholédoque, non sans quelque difficulté. Je terminai l'opération par la cholécystectomie. Il ne s'écoula pas une goutte de bile au dehors, et la réunion du canal cholédoque se fit parfaitement.

M. Routier. — J'ai pratiqué, il y a trois jours, une cholécystostomie au cours de laquelle, après avoir retiré quatre calculs de la vésicule, j'ai pu refouler dans cette cavité un calcul du cholédoque, qui s'est énucléé entre mes doigts comme un noyau de cerise.

M. Michaux. — J'ai obtenu dans un cas le même résultat, pour un calcul du canal cholédoque. J'ai d'ailleurs toujours beaucoup insisté sur l'avantage qu'il y a à commencer par l'ouverture de la vésicule ces interventions pour calculs des voies biliaires.

Dans un fait analogue à celui que M. Schwartz vient de relater, j'ai pratiqué à la fois, comme notre collègue, une cholédochotomie et une cholécystectomie.

Pathogénie de l'appendicite.

M. Hartmann. — J'ai eu l'occasion, chez un petit malade qui était atteint d'une rechute d'accidents appendiculaires, de réséquer un appendice entièrement oblitéré à sa partie moyenne, et de comparer, avec M. Minot, la virulence des microbes contenus dans la portion terminale oblitérée et dans la portion perméable attenant au cæcum. Dans l'une et dans l'autre il existait du colibacille; mais, tandis que les bouillons obtenus avec le colibacille provenant de la portion perméable n'ont exercé aucune action nocive sur les cobayes injectés, les bouillons de culture qu'a donnés le colibacille de la cavité close se sont montrés extrêmement virulents, et l'on a pu notamment tuer en trente-six heures un cobaye avec un de ces bouillons.

Lymphangiome congénital.

M. Le Dentu. — J'ai enlevé, chez un jeune homme des environs de Paris, un lymphangiome congénital sous-cutané siégeant au niveau de l'extrémité inférieure de l'omoplate, et l'examen histologique de cette tumeur m'a montré que sa structure était tout à fait semblable à celle du lymphangiome des pays tropicaux, dont l'existence est en rapport avec la présence de la filaire.

D'autre part, depuis la communication que j'ai faite sur ce sujet au Congrès de Moscou (Voir *Gazette Médicale*, n° 33, p. 393, 1897), j'ai eu l'occasion d'opérer, à l'hôpital Necker, un habitant des pays tropicaux, porteur d'un lymphangiome du canal inguinal et d'une adénolymphocèle de la région crurale.

(*Semaine médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 novembre 1897.

Applications de la radiographie à la recherche et à l'extraction de projectiles logés dans l'intérieur du crâne.

M. Marey communique le résultat d'expériences radiographiques faites par M. Remy, avec l'appareil de M. Contremoulin, pour déterminer avec précision la situation et permettre l'extraction de projectiles ayant pénétré dans la tête.

Après de nombreux essais sur le cadavre, l'appareil de M. Contremoulin vient d'être appliqué avec succès sur deux blessés par coup de feu, le premier appartenant à la Maison de Nanterre, le second au service de M. Le Dentu.

Des deux projectiles extraits sur le vivant, l'un, après avoir traversé l'orbite droite, s'était logé près de l'apophyse clinoïde antérieure; l'autre, entré par la tempe droite, était venu s'arrêter dans le lobe droit, contre la faux du cerveau, 28 millimètres de la surface de la peau qui recouvre la bosse frontale.

Il résulte, en outre, des expériences faites sur le cadavre que l'appareil de M. Contremoulin permet également de reconnaître le siège des esquilles osseuses qui, à la suite de coups de feu, peuvent pénétrer dans la masse encéphalique.

M. Le Dentu. — Le malade de mon service, auquel vient de faire allusion M. Marey, s'était tiré un coup de revolver au niveau de la tempe droite dans le courant du mois d'octobre. La radiographie exécutée au moyen de l'appareil de M. Contremoulin ayant permis d'affirmer que le projectile était situé dans le lobe frontal droit, à vingt-huit millimètres de la surface des téguments, je pratiquai à ce niveau une fenêtre osseuse et trouvai la balle à un centimètre et demi de la surface du cerveau. Son extraction fut très facile et le malade va actuellement aussi bien que possible.

De la gastro-entérostomie dans les cas de sténose du pylore.

M. Tuffier relate les observations de huit malades auxquels il a pratiqué la gastro-entérostomie pour des sténoses pyloriques ou sous-pyloriques non cancéreuses. Un seul sujet a succombé à une hémorrhagie; tous les autres ont guéri et ont été suivis, sauf un, de trois mois à quatre ans après l'intervention. Chez ces six opérés, la guérison s'est maintenue parfaite.

Au point de vue du procédé opératoire, l'orateur accorde la préférence à la gastro-entérostomie postérieure. Chez tous ses malades, le diagnostic de sténose pylorique ou sous-pylorique a été vérifié au cours de l'opération.

(*Semaine médicale.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 novembre.

Obstruction intestinale par volvulus chez un nouveau-né.

MM. Tissier et **Mercier.** — Des phénomènes d'obstruction intestinale s'étant déclarés chez un enfant aussitôt après sa naissance, M. Tissier pratiqua un anus iliaque qui ne donna pas issue au méconium. A l'autopsie on s'aperçut que l'intestin présentait un volvulus siégeant en deux endroits de l'intestin grêle. L'examen microscopique fera peut-être reconnaître des lésions de l'intestin qui, en diminuant son calibre, ont favorisé sa torsion.

Kyste tubo-ovarique.

M. Pichevin présente un kyste tubo-ovarique qu'il a enlevé par laparotomie chez une femme de 35 ans. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que la tumeur s'était enroulée autour des ligaments larges et à première vue y paraissait incluse.

Du traitement des métrites et particulièrement de l'endométrite cervicale blennorrhagique par les applications locales d'essence de Wintergreen.

M. F. Jouin a traité la métrite et ses différentes complications, mais tout particulièrement l'endométrite cervicale blennorrhagique, en badigeonnant les régions malades avec l'essence de Wintergreen.

Grâce à la pénétration de l'agent thérapeutique, le gonocoque peut être atteint jusque dans les culs-de-sac glandulaires et la guérison des cas anciens et rebelles est obtenue sans l'intervention du bistouri (Schrœder).

M. Jouin a pu aussi, par ces applications locales d'essence de Wintergreen, faire pénétrer dans les trompes à travers l'utérus un excellent antiseptique, l'acide salicylique, et obtenir la guérison de vieilles salpingites. Il croit d'ailleurs à une action spécifique de l'agent thérapeutique.

M. Fournel s'élève contre cette généralisation de l'emploi de l'essence de Wintergreen au traitement des métrites.

M. Petit est partisan de la glycérine créosotée qui lui a toujours paru préférable à tout autre topique.

M. Doléris dit qu'avant de déclarer l'essence de Wintergreen supérieure aux autres antiseptiques, il eût été rationnel d'étudier son action *in vitro* et d'observer si ce médicament arrête le développement des microbes plus rapidement que les autres corps employés jusqu'ici avec succès.

M. Jouin. — Les expériences de MM. Linossier et Lannois démontrent que l'essence de Wintergreen a une action pénétrante qui lui permet d'atteindre les microbes jusque dans la profondeur des tissus. Son emploi réussit dans le traitement du rhumatisme et surtout du rhumatisme blennorrhagique. Le Dr Duquaire (de Lyon), a aussi obtenu d'excellents résultats en se servant de cet agent dans l'uréthrite chez l'homme. Il était donc logique de l'employer dans la cervicite blennorrhagique. Les résultats heureux sont venus confirmer cette tentative. Cela ne diminue en rien la valeur de la créosote, ni ne rétrécit le champ de la chirurgie dans le traitement des cols scléro-kystiques.

Galactophorite double généralisée.

M. Gheorghiu. — Il s'agit d'une nourrice de 29 ans, qui neuf mois après le début de son allaitement présenta une double galactophorite sans cause connue. Le pus extrait des canaux galactophores contenait des streptocoques. Au bout de sept jours, le pus ayant disparu des seins, la malade reprit son service et depuis la sécrétion mammaire est normale.

M. Jouin a vu, avec M. Porak, une jeune femme dont l'accouchement avait été des plus réguliers. A la suite d'une émotion vive et de préoccupations pessimistes de l'accouchée, celle-ci fut prise d'un frisson intense. La température monte à 39° et la sécrétion lactée fit place à une sécrétion purulente. Malgré l'évacuation du pus suivant la méthode de M. Budin, la température continua à monter et l'état général s'aggrava à un tel point que, sur le conseil de M. Porak, je fis appeler M. Richelot qui pratiqua l'amputation des deux seins transformés en véritables éponges purulentes. La malade succomba.

M. Porak. — En dehors des seins, nous n'avions trouvé chez cette malade aucune cause pouvant expliquer les accidents infectieux. Mais il s'agissait bien d'une infection puerpérale de la pire espèce. De ce que nous n'avons pas trouvé la porte d'entrée à l'utérus, il ne s'en suit pas qu'elle faisait certainement défaut.

A propos de l'arrestation d'un médecin accusé d'homicide par imprudence.

Sur la proposition de **M. Doléris**, la Société décide de nommer une commission composée de MM. Porak, Doléris, Poitou-Duplessis et Lutaud, chargée de présenter aux pouvoirs publics un projet destiné à modifier la loi de la prévention concernant les médecins.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Tenue à Paris du 21 au 23 octobre 1897.

Séance du 23 octobre.

(Suite.)

Quelques cas d'uréthrites aseptiques et infectieuses primitives.

M. Janet (de Paris). — Autant ces affections sont fréquentes après l'invasion gonococcique, autant elles sont rares avant celle-ci.

Les seuls cas de ce genre que nous avons rencontrés jusqu'ici, comprennent quatre cas d'uréthrites aseptiques ou semblent telles, et quatre cas d'uréthrites infectieuses.

Parmi les quatre cas d'uréthrites aseptiques que nous avons observés, deux cas pourraient être logiquement rattachés à l'herpès uréthral, les deux autres survenus, l'un le lendemain, l'autre quinze jours après un coït, ne nous semblent pas explicable par les données que nous possédons aujourd'hui. Ils ont présenté absolument l'allure d'une maladie infectieuse sans qu'il fût possible d'y déceler la présence d'aucun microbe.

Parmi les quatre cas d'uréthrites infectieuses que nous avons rencontrés, un était dû à l'extension dans l'urèthre d'une balanoposthite infectieuse; un autre était dû au petit diplobacille que nous avons appelé le bacille fourmi, les deux derniers étaient dus à un microbe identique, bacille, diplococcique, qui, par cela même, mérite d'être recherché dans des cas analogues.

M. Reymond. — Je ne crois pas que la contagion soit bien à redouter, en cas d'uréthrite non blennorrhagique: dans le cas que j'ai publié et sur lequel s'appuie M. Noguès, le saprophyte trouvé dans la trompe était accompagné du gonocoque, et d'autre part, je n'ai aucune raison de croire que ce saprophyte ne se trouvât pas à l'état normal aussi bien dans les organes génitaux de la femme que dans ceux de l'homme. Aussi les microbes autres que le gonocoque trouvés dans une goutte militaire ne suffit-elle pas à me faire considérer cette goutte comme plus dangereuse que si je n'y trouve rien; en ce dernier cas, j'ai toujours la crainte que l'écoulement, d'apparence aseptique, soit dû au gonocoque dont je n'ai su découvrir la présence.

Le mot d'uréthrite aseptique est mauvais; celui de chimique ne vaut pas davantage : la chimie profite sans raison, de l'ignorance dans laquelle nous laisse encore la bactériologie.

Quant aux cultures du gonocoque, elles peuvent, je crois, rendre les services que leur refuse Noguès; il m'est arrivé nombre de fois de reconnaître par culture,

des gonocoques que je n'avais pu découvrir par examen direct.

M. Hogge (de Liège). — Je m'étonne que M. Noguès accorde aux candidats au mariage la permission qu'ils sollicitent sur les simples données de l'examen microscopique des sécrétions uréthrales, alors que, pour déclarer et sans doute pour traiter une prétendue uréthrite aseptique primitive, il exige le contrôle de l'épreuve des cultures.

Au point de vue clinique notre confrère pense qu'il faut considérer comme aseptique et traiter comme tels les écoulements au sein desquels l'examen microscopique, bien fait et répété, ne révèle l'existence d'aucun microorganisme. Ensuite, il revient sur une publication, faite par lui il y a quelques mois, relative aux uréthroprostatites primitives aseptiques, aseptiques dans le sens clinique seulement, bien entendu.

Je rapporte douze cas d'uréthrites aseptiques, concomitantes à des suppurations glandulaires prostatiques, neuf des sujets étaient exempts de tout accident vénérien, trois chez des malades avaient souffert de blennorrhagie longtemps avant (35, 15 et 7 ans) et n'en avaient plus présenté de traces pendant de longues années.

En conclusion, j'invite ses collègues du Congrès à diriger toute leur attention, du côté de la prostate dans tous les cas de suppuration uréthrale primitive, insolites dans leur incubation, leur subacuité et leur évolution.

Je pense que dans toute cette question des uréthrites non gonococciques, question d'ailleurs si intéressante, la part est faite trop belle aux microbes et pas assez aux contingences individuelles. J'insiste sur la difficulté, très réelle dans certains cas, du diagnostic de la prostatite et sur les conditions anatomiques toute spéciales, qui font de la prostate, un organe éminemment réactif à l'inflammation.

M. Genouville. — Je rapporte une observation d'uréthrite microbienne non gonococcienne primitive, survenue deux mois après une blennorrhagie guérie. Le malade avait fait impunément des excès de table, mais n'avait point pratiqué le coït, sauf quelques jours avant l'apparition de l'écoulement. L'écoulement, traité par le sublimé, l'acide borique, puis de simples précautions d'hygiène, disparut en un mois environ.

Depuis, le malade a contracté une nouvelle blennorrhagie, de gonocoques cette fois, mais un certain nombre de coïts avec préservatif, sans inconvénients, avaient prouvé sa guérison.

M. Noguès. — Les ensemencements que j'ai faits avec des sécrétions uréthrales, dans lesquelles je n'avais pas trouvé de gonocoques à l'examen microscopique direct, ne m'ont jamais fourni que des résultats négatifs, bien que je me sois placé dans les conditions les plus favorables. Peut-être en sera-t-il autrement avec le nouveau milieu de Wassermann de Berlin : la question est à l'étude.

Je répondrai à M. Reymond que j'ai simplement voulu montrer que dans les suppurations pelviennes, l'association des saprophytes aux microbes pyogènes, était sinon fréquente du moins possible et que ces saprophytes pouvaient, du seul fait de cette association prendre de la virulence; je n'ai voulu rien préjuger de leur origine.

Quant à ce qui touche la question de contagion, je persiste à croire que l'on doit interdire comme dangereux, les rapports sexuels aux malades dont l'écoulement renferme des microorganismes : ceux-ci ne sont peut-être que des saphrophytes; mais comme je viens de le dire, ils peuvent trouver dans le terrain sur lequel ils tombent des conditions d'existence qui les rendent pathogènes.

Je partage complètement l'opinion de M. Hogge, et comme lui je crois que la prostate est souvent en cause dans les affections chroniques de l'urèthre, et que l'attention doit être attirée de ce côté, aussi bien au point de vue du diagnostic que du traitement.

M. Eraud (de Lyon). — Je trouve très défectueux la dénonciation d'uréthrites aseptiques, qui tient de plus en plus à être adoptée aujourd'hui et le terme d'uréthrite amicrobienne me paraît bien préférable.

M. Guiard (de Paris). — M. Eraud nous a présenté comme fréquentes les complications des uréthrites non gonococciques. D'après ce que j'ai vu, il n'en serait pas ainsi. Non seulement ces complications seraient rares, mais de plus elles seraient presque toujours déterminées, soit par un traumatisme dû à des cathétérismes plus ou moins difficiles, soit à des injections mal faites. Il m'a semblé au contraire que ces complications étaient exceptionnelles, quand la maladie était abandonnée à elle-même. Dans un seul cas d'uréthrite aseptique, j'ai vu survenir spontanément une arthropathie du genou et une irido-choroïdite. Ce malade n'était pas rhumatisant, mais il avait présenté antérieurement, à l'occasion d'une blennorrhagie, dont il était radicalement guéri depuis plus d'un an, une première atteinte d'arthropathie.

En ce qui concerne la différence au point de vue bactériologique entre la goutte et les filaments, dans les uréthrites microbiennes, je partage absolument l'opinion de M. Noguès, mais je suis d'un avis différent quand il nous dit que l'association du gonocoque et des autres microbes est exceptionnelle. Il en est ainsi très certainement au début de la blennorrhagie. Même quand le canal est occupé antérieurement par d'autres microbes, on les voit immédiatement disparaître, lorsque survient une infection gonococcique. Mais, au bout de quelques semaines, il est fréquent de voir se produire des infections secondaires, et l'on trouve alors des groupes gonococciques, accompagnés de microorganismes de forme très variée.

Au point de vue de la contagiosité, M. Noguès me

paraît trop pessimiste, en voulant interdire le mariage à tout malade atteint d'uréthrite microbienne. Sans doute lorsque cette uréthrite est très accusée, l'écoulement jaune et épais, j'attends pour donner l'autorisation que le malade s'en soit débarrassé. Mais la plupart du temps l'écoulement est assez modéré, et on voit dans ces conditions beaucoup d'individus avoir des rapports non infectants. Si nous voulions interdire le mariage à tous les hommes dont l'urèthre renferme des microbes, cela nous conduirait loin, puisque beaucoup d'urèthres en contien nent à l'état normal. Où trouverions-nous le criterium pratique? Ce ne serait assurément pas dans l'examen bactériologique, mais dans les conditions cliniques. Sans cela, il n'y a pas une vierge que nous puissions autoriser au mariage, puisque dans tous les vagins on rencontre des multitudes de microbes.

Enfin, pour ce qui est des uréthrites aseptiques, il me semble que cette désignation est encore une des plus simples que l'on puisse trouver. Elle mérite d'être conservée à condition qu'il soit bien entendu que le microscope peut y déceler quelques rares coccus ou bacilles. L'expression « aseptique » signifie simplement qu'il ne paraît y avoir aucun rapport de cause à effet entre ces rares éléments microbiens et l'écoulement. S'il en est ainsi, à quoi peuvent servir les cultures? Elles auront beau donner la poussée la plus opulente, cela ne prouvera pas que le microbe cultivé, coli-bacille ou autre, soit la cause de l'uréthrite, mais seulement que le milieu et les conditions de culture offerts à tel ou tel microbe indifférent lui ont été très favorables.

(A suivre.)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

De la vente des clientèles médicales.

Le médecin qui a fourni une longue carrière, ou celui que le mauvais état de sa santé oblige à prendre un repos prématuré, peut-il augmenter ses ressources en vendant à un jeune docteur une clientèle laborieusement et chèrement acquise? Telle est la question sur laquelle les tribunaux sont parfois appelés à statuer.

Au premier examen, rien de plus logique que cette faculté laissée au praticien blanchi sous le harnois, d'épargner à un confrère l'âpre recherche de la clientèle et de transmettre ses clients à ce dernier moyennant une juste rémunération. Chaque partie trouve un avantage dans cette combinaison: l'une peut jouir plus agréablement d'un repos mérité, l'autre évite ainsi bien des soucis, bien des peines.

Malheureusement, les meilleures choses ont ici bas le pire destin et les complications surgissent des circonstances de fait en apparence les plus simples.

Très souvent, le médecin, qui abandonne l'exercice de sa noble profession, se montre bienveillant envers son successeur et consent volontiers à ce que le prix de sa clientèle lui soit versé par fractions à des époques déterminées. Mais le successeur ne se montre pas toujours reconnaissant et cherche à se dérober à ses obligations, soit qu'il n'ait pas été suffisamment habile dans l'exercice de sa profession, soit qu'il trouve trop élevé le prix de vente de la clientèle. C'est alors que nous voyons apparaître les subtiles arguties juridiques qu'on invoque pour demander la nullité d'un contrat qui a été fait cependant de bonne foi, et que nous considérons comme parfaitement valable.

Le médecin acquéreur qui croit pouvoir demander la nullité de la vente de clientèle à lui consentie par son confrère, s'appuie sur les dispositions contenues dans l'article 1598 du Code civil d'après lequel : « *Tout ce qui est dans le commerce peut être valablement vendu, lorsque des lois particulières n'en ont pas prohibé l'aliénation* ».

Or, dit l'acheteur, la clientèle d'un médecin n'est pas dans le commerce, elle repose uniquement sur la confiance du client dans son médecin, elle est attachée exclusivement à la personne et dépend, du reste, du libre arbitre du malade.

Plusieurs décisions de justice, assez anciennes il est vrai, ont admis cette théorie dont le résultat est de favoriser les médecins qui ne craignent pas de manquer à leurs engagements. Nous citerons notamment un arrêt de la Cour de Paris du 29 décembre 1847 (*Journal du Palais*, année 1848, 1re partie, page 123.)

Quant à nous, nous ne voyons aucun empêchement à ce que la clientèle d'un médecin fasse l'objet d'une vente.

Les auteurs et la jurisprudence sont d'un touchant accord pour admettre qu'un fonds de commerce se compose de différents éléments dont les principaux sont : l'enseigne, *la clientèle*, l'achalandage, le matériel, les marchandises, le droit au bail. Mais il n'est nullement nécessaire que tous ces éléments se trouvent réunis pour que la vente d'un fonds de commerce puisse s'effectuer. Un fonds de commerce peut très bien se composer seulement de quelques-uns des éléments susindiqués, le fonds peut même consister dans un seul de ces éléments: *la clientèle*, et on admet encore universellement que la clientèle, élément principal d'un fonds de commerce, peut seul faire l'objet d'une vente.

Les clientèles commerciales consistent également dans la confiance que le public accorde au commerçant qui exploite le fonds, nombreux sont les métiers dans lesquels la confiance qu'un commerçant a su inspirer à sa clientèle constitue la valeur principale du fonds, valeur d'autant plus considérable que la confiance inspirée est plus grande.

Les pharmaciens sont considérés comme des commerçants et peuvent vendre leurs clientèles, cela ne fait aucun doute.

Pourquoi n'appliquerait-on pas les mêmes principes en matière de ventes de clientèles médicales? Nous ne sommes pas en matières commerciales, cela est vrai, mais les raisons de décider sont absolument les mêmes et nos lecteurs sont trop intelligents pour se formaliser d'un rapprochement qui, d'ailleurs, n'a rien de blessant pour eux.

La jurisprudence actuelle (elle peut changer, hélas! l'inconstante! bien fol est qui s'y fie) tourne la difficulté à l'aide de principes juridiques qui ne le cèdent en rien à la subtilité des arguments invoqués par les médecins acquéreurs, mais mauvais payeurs.

Elle admet qu'une clientèle de médecin ne peut être vendue, mais elle reconnaît qu'elle peut faire l'objet d'un contrat parfaitement licite, à savoir: celui, d'après lequel un médecin s'engage à ne plus visiter ses clients dans un espace déterminé et à les présenter à son successeur moyennant un certain prix.

Il y a là, disent les tribunaux, une obligation de faire et de ne pas faire, admise par le Code civil, et qui, par conséquent, doit produire tous ses effets. (Art. 1142 et suivants du Code civil.)

Que les lecteurs nous permettent de leur mettre sous les yeux un jugement rendu par le tribunal civil de la Seine (5e Chambre) le 8 avril 1897 et qui peut donner une idée générale des principes admis par la jurisprudence.

« Attendu que le Dr B... réclame au Dr F... et à ses deux frères la somme de 5,000 fr. formant le montant de cinq billets échus souscrits par le Dr F... et cautionnés solidairement par les deux défendeurs;

» Attendu que ceux-ci opposent la nullité de ces billets et demandant reconventionnellement le remboursement d'une somme de 4,000 fr. qu'ils auraient payés indûment;

» Attendu sur les demandes qu'il est constant et reconnu que la cause exprimée dans les billets est fausse et que, suivant les défendeurs, ils auraient eu pour cause la cession de la clientèle du Dr B..., c'est-à-dire la cession d'une chose qui n'est pas dans le commerce et dépend uniquement du libre choix des intéressés; que la nullité des engagements pris s'imposerait;

» Mais attendu que les partisans avaient en vue quand elles ont traité, la clientèle du Dr B..., dont F... espérait bien bénéficier; ce n'est pas, à vrai dire, l'achat de cette clientèle qui ont fait l'objet de leur traité; qu'elles savaient bien qu'une clientèle de médecin ne pouvait pas plus se vendre en fait qu'en droit et qu'il s'agissait uniquement de fournir au Dr F... la possibilité de se faire agréer comme successeur du Dr B... en le faisant installer dans l'appartement de ce dernier et en le présentant à ses clients; que ces avantages sont importants et suffisent le plus souvent, quand le successeur réunit les conditions voulues, pour le faire bénéficier d'une clientèle parfois considérable; qu'en droit, ils peuvent faire l'objet d'un contrat;

» Attendu que la seule question à examiner dans l'espèce est donc celle de rechercher si le Dr B... a tenu, sur ce point, ses engagements; qu'il résulte des documents fournis, qu'il a installé le Dr F... dans l'appartement qu'il occupait et où il exerçait sa profession; qu'après lui avoir remis la liste des malades qu'il avait visités ou qui l'avaient consulté, il l'a présenté avant de partir à ses clients les plus importants;

» Attendu, dans ces conditions, que le docteur F... ne peut s'en prendre qu'à lui-même s'il n'a pas réussi près de la clientèle de son prédécesseur, et si, au bout de deux ans, il a dû chercher une situation ailleurs; qu'il ne justifie pas avoir été victime d'aucune supercherie et qu'au moment de traiter avec B..., il était assisté de ses deux frères, dont l'un était déjà médecin à Paris, et lui apportait le concours de son expérience;

» Attendu qu'il faut ajouter que, dans les premiers temps de son exercice, il manifestait à son prédécesseur sa satisfaction et que les défendeurs se sont pendant longtemps contentés de demander à B..., pour se libérer, des délais qu'il leur a accordés;

» Attendu que la demande est justifiée;

» Par ces motifs,

» Condamne solidairement les défendeurs à payer à B..., la somme de 5,000 francs;

» Rejette la demande reconventionnelle formée par eux;

» Et les condamne aux dépens. »

Comme on le voit, d'après ce système, on ne se trouve pas en présence d'une vente de clientèle, mais d'un droit de présentation acquis moyennant espèces sonnantes, ou qui malheureusement ne sonnent pas toujours aux oreilles du vendeur.

C'est la même situation que celle dans laquelle se trouvent les officiers ministériels qui, chacun le sait, ne vendent pas leurs charges mais en touchent un prix aussi élevé que possible grâce au droit de présentation.

Nous reconnaissons que ce raisonnement, quelque peu spécieux qu'il soit, a pour heureux effet de sauver les médecins vendeurs, disons plutôt, pour faire plaisir à nos juges, les médecins qui présentent.

Ceci nous rappelle le personnage de Molière qui ne vendait pas son drap, mais se contentait de le céder à ses amis pour de l'argent, ce qui ne l'avait pas empêcher de faire fortune.

P. COURADIN,
Avocat à la Cour d'appel.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Concours d'agrégation de médecine.

Le jury du concours d'agrégation de médecine (pathologie interne et médecine légale), qui doit s'ouvrir le 13 décembre prochain, est composé actuellement comme il suit :

Président, M. Bouchard; *juges titulaires*, MM. Potain, Laboulbène, Proust, Landouzy (de Paris); Arnozan (de Bordeaux); Bard (de Lyon); Combemale (de Lille); Mossé (de Toulouse).

Sont désignés comme *juges suppléants* : MM. Raymond, Hutinel, Marie et Gilbert (de Paris).

Voici les noms des candidats admis à prendre part à ce concours :

Paris. — MM. Aviragnet, Barbier, F. Bezançon, Boix, Boulloche, Bruhl, Charcot, Claisse, Courtois-Suffit, Dupré, Gastou, Gouget, de Grandmaison de Bruno, Jeanselme, Legry, Lesage, Lion, Méry, Mosny, Parmentier, du Pasquier, Péron, Renault, Rénon, Roubinovitch, Sallard, Sergent, Souques, Springer, Teissier, Thiroloix, Vaquez et Veillon.

Montpellier. — MM. Legrain, Raymond, Vedel et Vires.

Bordeaux. — MM. Cabannes, Carrière, Hobbs, Lamacq et Mation.

Lyon. — MM. Cattin, Paul Courmont, Frenkel, Lyonnet, Vicolas, Paviot, Pic et J. Roux.

Lille. — MM. Crespin, Deléarde, Papillon et Patoir.

Toulouse. — MM. Baylac et Daunic.

Quelques-uns des candidats sont inscrits en même temps pour plusieurs Facultés.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Anatomie. — MM. Roglet, 8; Mirande, 10; Monel, 8; Phelippon, 10; Traverse, 9; Nollet, 10; Rellay, 11; Rabant; 8; Petresco, 4; Loin, 10; Silhol, 14; Quiserne, 11, Birman, 6; Duc-Dodon, 5; Férouelle, 11; Grégoire, 8; François-Daimville, 9; Guizez, 13; Gennet, 11; Froin, 10; Godineau, 10; Mousseaux, 11; Maubert, 13; Spindler, 11, Balthazard, 11; Ball, 11; Baup, 8; Aguinet, 12; Crouzon, 11.

Pathologie. — MM. Leroy-des-Barres, 10; Laignel Levastine, 3; Judet, 12; Guibal, 12; Logerot, 10; Leroy, 12; Lecornu, 9; Maury, 9; Fournié, 3; Courcoux, 10, de Lacombe, 7; Brocart, 9; Cathala, 11; Dionys du Séjour, 10; Lehmann, 9; Leraître, 9; Mugé, 5; Menn, 5; Bertrand, 11; Bruder, 3; Andrieu, 9; Demaldent, 8; Lejonne, 11; Jauot, 11; Français, 4; Montais, 11; Pauly, 10; Blaudin, 13; Jules Girard, 6; Poulard, 10; Bisch, 11; Roché, 10; Kahn, 12; Sébilleau, 9; Fromagcot, 8; Salomon, 6; Cuguin, 7; Hulleu, 7; Furet, 8; Detot, 10.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Janin, 6; Menet, 18 1/2; Mennsier, 12 1/2; Lafoy, 16 1/2; Lévy Davicion, 12; Lutaud, 15; Lemarchand, 15; D'Abbadie, 14; de Mayville; 12; Desayes, 11; Claude, 15; Charles David, 15; Chazet, 13; Chahuet, 5 1/2; Coussieu, 4; Edouard David, 13 1/2; de Sèze, 4; Dromard, 18; Chaix, 13; François Dauban, 15; Ch. Chevalier, 13; Deglos, 15 1/2; Demay, 4; de Saint-Mathieu, 17; Delmas, 10; Denis, 17; Cochart, 8; Damotte, 16; Digne, 15; Compan, 9; Darré, 17; Delaage, 13; Dalimier, 16 1/2; Dévé, 18; Delbos, 14; Edgard Dauban, 6; de Frumerie, 11; Cottard, 13; Debets de Lacrousille, 17 1/2; Chapelle, 11; Coutelas, 16; Dehau, 19; Cuche-rousset, 16; de Cazenove, 13; Contenau, 11; Coupp de Lahongrais, 7; Courgeon, 15; Courtois, 17; A. Charpentier, 11; Débidour, 15; Elie Chateau, 10; Dausset, 13; de Ribier, 16 1/2; Diard, 12; Cauzard, 16; Delaunay, 17 1/2; Dentillac, 6; Cochonnet, 3; Depoutre, 17; Croizet, 16; Delom, 10; de Cisternes, 16; Corlieu, 14; Chapotin, 15; Crouzet, 15; Choutet, 15; Cbassaing, 9 1/2; Cochet, 14 1/2; Gianetti, 9; Faggianelli, 6; Griffond, 17; Favre-Félix, 10; Duparc, 16; Fessard, 14; Fumonze, 14; Hahn, 11, Forestier, 12; Francoz, 10; Gernez, 14; Gutierrez, 9; Isidore Gillol, 14 1/2.

Pathologie. — Mlle Pissareff, 14; MM. André Petit, 13 1/2; L. Pamart, 18 1/2; Mousson Lanauze, 10 1/2; Quillon, 15; Moliusky, 13 1/2; Raynaud, 18; Papillon, 19; Ralesco, 10; Pineau, 10; Noury, 10 1/2; Rabant, 14; Mouras, 12; Plaussu, 15 1/2; Paugam, 15; J. Renand, 16; Louis Picard, 15 1/2; Monnamy, 15; Patry, 16; P.-Moreau, 14; Poupardin, 19; Nicollas, 15; Ricou, 16; Rivierre, 15; Patureau, 15 1/2; Perrier, 17; Ponroy, 15; Wicart, 14 1/2; Sautelet, 15 1/2; Stepenski, 20; Rouault, 16 1/2; Vergnaud, 14; Sagot, 14 1/2; Segallas, 16; Thiellement, 11; Vialard, 17; Solacolu, 14 1/2; Sempé, 12 1/2; Sambon, 16 1/2; Sineau, 19; Roudeau, 17; Rotteustein, 17; Vrain, 17; Savoye, 15; Rodoconachi, 14; Roblot, 10; Stettiner, 8; Rumpelmayer, 14; Valentin, 13 1/2; J. Thomas, 8; Sueur, 14 1/2; L.-V. Rousseau, 13; Savornin, 17; Clément Simon, 14; Saintignon, 15; Tostivint, 16; Mlle Thyss, 19; MM. Troller, 12; Weleker, 15 1/2; Ed. Roger, 17 1/2; Souilhé, 19; Ronet, 13 1/2; Trolley, 12; Tanssard, 13; Sevray, 14 1/2; Rollin, 16; Saint-Cyr, 19; Robert Roux, 13 1/2; Villaret, 13; Tissot, 14; Trémolières, 12; Vicq, 16; Thomin, 15; Zvibel, 14 1/2; Roland, 20; Zazycki, 14; Thaon, 20.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. BIVORT), 33, rue J.-J.-Rousseau.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 49 4 Décembre 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : **Dr Pierre SEBILEAU.**

AVIS. — MM. les Actionnaires de la **Gazette Médicale** *sont informés qu'une assemblée générale extraordinaire se tiendra au siège social, 6, rue de Monceau, le samedi 18 décembre 1897, à 5 heures et demie.*

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER.

Expertise médico-légale dans les cas de contamination de nourrice par nourrisson syphilitique.

Leçon d'ouverture, recueillie par M. le Dr P. Portalier (1).

J'ai coutume, lors de la première de nos réunions annuelles, de faire infidélité à la clinique pour aborder devant mes auditeurs un de ces sujets de pratique courante qui ne s'apprennent ni à l'hôpital, ni dans les livres, et vis-à-vis desquels le jeune médecin, si instruit soit-il, peut absolument manquer d'expérience, se trouver en défaut.

Aujourd'hui encore je continuerai la tradition en traitant d'un point de ce genre. Je vais donc étudier et discuter devant vous ce que j'appellerai la confection d'un certificat médical, d'un rapport médico-légal relatif à ces faits si fréquents de contamination de nourrice par nourrisson syphilitique.

Ai-je besoin de légitimer l'intérêt pratique d'une telle question ? Sans doute, dans les grandes villes, dans les grands centres, il existe des médecins spécialistes, des médecins légistes, « des experts », auxquels le tribunal renvoie de préférence ces sortes d'affaires. Mais il n'y en a pas partout, en province, dans les petites villes, dans les campagnes. D'ailleurs, il n'est pas de médecin auquel il ne puisse arriver d'être sollicité par une nourrice qu'il a traitée pour une syphilis reçue d'un nourrisson, de lui délivrer un rapport sur les accidents pour lesquels il a soigné cette femme, sur les circonstances et l'origine de la contagion dont elle a été victime, etc. En pareil cas, tout le monde peut-être expert, voire, dirai-je, expert malgré soi.

Il importe donc, et surtout par le temps qui court où les médecins ne sont guère en odeur de sainteté, que tout praticien sache se tirer d'affaire à son honneur, c'est-à-dire correctement, judicieusement, sans encourir de critiques et de reproches, sans tomber dans quelque défaillance de clinique, d'interprétation ou de langage, qui serait vertement relevée et mise en relief à l'audience.

Il convient moins encore qu'une bonne cause (telle que celle d'une nourrice qui, infectée par un enfant syphilitique, vient réclamer justice du dommage qu'elle a subi) puisse être compromise par une faute, si légère soit-elle, de l'expertise médicale.

Aussi bien, est-ce pour mettre en garde le jeune médecin contre les pénibles et regrettables aventures de ce genre que je me suis donné pour tâche d'étudier aujourd'hui devant vous ces deux points :

1° Comment, dans quel esprit, en quel sens doit être dirigé l'examen médical dans les affaires de ce genre ;

(1) Extrait du *Bulletin médical*, n° 97, p. 1117, 1er décembre 1897.

2° Comment, en quels termes, doit être rédigé le certificat ou le rapport en question, et, surtout, quelles doivent en être les conclusions?

Les cas de transmission de syphilis de nourrisson à nourrice qui peuvent donner lieu à des constatations et à des actions judiciaires se présentent à l'expert sous des formes très variées.

Ainsi :

Il est des cas simples, où tout va de soi; il en est de complexes, où la vérité ne se dégage que par un examen approfondi; il en est de très difficiles et rendus tels par l'incertitude des symptômes perçus, par les dépositions contradictoires; il en est enfin d'inextricables, dont le plus habile ne saurait se tirer et qu'on est forcé de laisser pour ce qu'ils sont.

Ces difficultés de l'expertise relèvent de conditions très multiples et non moins variées.

L'une des principales et la plus commune même est le retard de l'expertise par rapport aux faits à déterminer. Grâce aux lenteurs de la procédure, l'expert arrive plusieurs mois, en général, après que la contamination s'est produite, c'est-à-dire alors que les symptômes morbides ont eu tout le temps pour s'atténuer ou disparaître. On a vu des expertises n'entrer en action que six mois, dix mois, un an, voire deux ans au delà de l'époque où s'était produite la contamination.

Puis les difficultés surgissent, d'autre part, ou de la disette de renseignements, ou des renseignements qui, intéressés en sens opposé, sont naturellement contradictoires. Sans parler même (car le cas est rare, mais non à négliger cependant) des tentatives de fraude et de chantage qui, elles aussi, peuvent se produire en l'espèce.

Une autre difficulté très fréquente de l'expertise consiste en *la mort du nourrisson*. On sait, en effet, combien les nouveau-nés syphilitiques sont exposés à succomber à bref délai. Or, quand l'expert n'a plus l'enfant sous les yeux pour apprécier sa maladie, il ne lui reste, pour établir son jugement, que les renseignements (toujours plus ou moins sujets à caution) dérivant des témoignages, des certificats, des ordonnances prescrites, etc.

Il m'est arrivé même ces derniers temps d'être appelé par la Cour d'appel de Paris à pratiquer une expertise de ce genre dans un cas où tous les intéressés (le nourrisson coupable, la nourrice infectée par lui, l'enfant de la nourrice infecté par sa mère) étaient morts. Il ne restait plus que le mari de la nourrice pour soutenir l'action en dommages-intérêts.

Et ainsi de suite. Il me faut néanmoins me restreindre, et la discussion d'un cas simple (les cas simples d'ailleurs sont les plus communs) suffira amplement aux quelques enseignements élémentaires que j'ai à cœur de laisser en vos souvenirs.

Je supposerai donc un cas courant, habituel, tel que le suivant :

Une nourrice saine, reconnue et déclarée telle par un double examen médical — examen du médecin de sa localité, et examen subi au bureau de la Préfecture, à Paris — est entrée dans une famille pour allaiter un nouveau-né.

A l'âge de trois ou quatre semaines, cet enfant, qui n'était déjà pas « brillant » à sa naissance, s'est mis à maigrir, à s'étioler rapidement, à prendre cet aspect lamentablement sénile qui sert d'expression à l'athrepsie spécifique. Puis il a présenté des « boutons » sur le corps, notamment des érosions sur les fesses, au pourtour des organes génitaux, des bulles aux pieds et aux mains, des fissures, des éraillures aux lèvres, des érosions sur la langue et au palais, etc., etc. Cependant, tant bien que mal, il a continué à vivre et à prendre le sein.

Puis, voici que trois ou quatre semaines après l'explosion de ces accidents sur l'enfant, la nourrice a eu « mal au sein ». Il lui est venu une sorte de plaie à la base du mamelon, plaie qu'on a prise d'abord pour une crevasse, une fissure, mais qui ne s'est pas fermée. Quelques semaines se sont encore écoulées, et alors, après quelques jours de malaise général, de lassitude, de maux de tête, une éruption « ressemblant à la rougeole » a couvert le corps de la nourrice. Puis, il lui est apparu des croûtes dans les cheveux, de l'angine avec érosions gutturales, des glandes au cou, etc. A ce moment, une camarade, une « payse », plus instruite qu'elle, lui a soufflé à l'oreille le soupçon « d'un mauvais mal, pris du petit ». Elle a couru chez un médecin, lequel, finalement, lui a révélé l'affreuse vérité.

Alors, elle est retournée chez ses maîtres. Elle a éclaté en sanglots et en reproches. Mais on l'a éconduite. Indignée, elle a porté plainte en justice. Un procès s'est instruit, et le président d'un tribunal, pour être éclairé sur les faits de la cause, a délégué l'un de vous, je suppose, comme expert.

Ainsi se passent les choses neuf fois sur dix, et tel est le canevas qui sert de fond usuel à ces sortes d'affaires.

Voici donc, au total, l'un de vous expert en la cause. Comment va-t-il procéder pour s'acquitter de son mandat? Telle est la question que nous allons discuter maintenant.

Au préalable, et avant de rien entreprendre, l'expert devra s'inspirer de l'esprit de l'affaire, si je puis ainsi parler, et de l'intention des juges.

Il devra se demander : somme toute, qu'attend-on de moi? Et, après réflexion, il aboutira à se répondre à lui-même ce qui, d'ailleurs, se trouve inscrit dans l'instruction qui l'a désigné comme expert, à savoir que le tribunal veut être éclairé par lui sur les trois points suivants, et, plus spécialement, sur le dernier de ces trois points :

1° Le tribunal, se dira-t-il, veut apprendre de moi si cette femme, qui se plaint d'avoir contracté la syphilis au contact de son nourrisson, est bien certainement affectée de la syphilis;

2° Il veut apprendre de moi si ce nourrisson, qu'on accuse d'avoir transmis la syphilis, est bien certainement affecté de la syphilis.

Voilà, en effet, deux points primordiaux à établir comme base de l'affaire, avant d'aller plus avant. Car, si l'un de ces deux points venait à être résolu par la négative, il n'y aurait plus, de toute évidence, matière à procès;

3° Le tribunal, enfin, et par dessus tout, attend de moi une réponse à ce troisième point :

Si la nourrice et le nourrisson sont l'un et l'autre affectés de syphilis, est-il dans les circonstances et les détails du fait particulier quelque raison qui autorise à rattacher l'une à l'autre ces deux syphilis, qui autorise à croire que la nourrice tienne sa syphilis de la syphilis de l'enfant?

C'est alors, suivant cet esprit, que l'expert procédera à l'enquête. Mais comment?

Ceci n'est plus qu'affaire de clinique. Car il n'est pas deux façons de rechercher et de constater la syphilis, l'une à l'usage de la clinique, l'autre à l'usage de la médecine légale.

On procédera donc à l'examen de la nourrice et de l'enfant comme on le fait couramment, mais en portant son attention d'une façon plus spéciale sur quelques points particuliers que je vais préciser :

I. — Commençons par la *nourrice*.

Tout d'abord laissons parler cette femme et exposer son affaire à sa guise. Nous aurons, en effet, à recueillir d'elle d'utiles renseignements, tant sur les accidents qu'elle a éprouvés que sur ceux qu'a présentés l'enfant, non moins aussi que sur la chronologie de ces accidents, c'est-à-dire sur leur date d'apparition. Écoutons et écrivons ce qu'elle nous dit.

En second lieu, examinons cette femme, comme on examine tout sujet sur lequel on recherche la syphilis; c'est-à-dire, recherchons la syphilis sur tous les points où elle a coutume de se montrer :

Sur la peau, et sur toute la peau; sur les muqueuses (lèvres, bouche, gorge, vulve, anus, etc.); sur les glandes; sur les os; sur le cuir chevelu, etc. Et notons soigneusement par écrit tous les symptômes, tous les stigmates que cet examen nous permettra de découvrir.

J'abrège, car il ne s'agit là que d'un point de clinique pure, connu de vous.

En revanche, je dois insister énergiquement près de vous sur les trois points suivants, plus particulièrement relatifs à l'examen d'enquête qui nous est demandé.

1° En premier lieu, attachez tous vos soins à *la découverte et la constatation du chancre*.

Cela est capital en l'espèce.

Car, si comme le prétend la nourrice, il est vra qu'elle ait été contaminée par son nourrisson, il faut, de toute nécessité qu'elle ait eu un chancre, puisque toute syphilis acquise débute par un chancre, situé au lieu même où s'est exercée la contagion.

La constatation du chancre est donc indispensable à la cause de la nourrice. Et, de plus, ce chancre doit avoir siégé sur un point accessible à une contamination dérivant de l'enfant, c'est-à-dire sur le sein (car, pour la simplicité du cas, nous laisserons de côté ceux où la contamination dérivant de l'enfant pourrait s'être exercée ailleurs que sur le sein, par exemple sur les lèvres ou sur le visage).

Donc recherchons bien le chancre, et le chancre mammaire.

Or, de deux choses l'une :

Ou bien ce chancre existe encore à l'état de plaie ouverte à l'époque de votre examen; ou bien il est cicatrisé.

Premier cas. — Si le chancre existe encore, constatez-le et décrivez-le. Décrivez-le en insistant sur les attributs divers qui en constituent la caractéristique formelle, à savoir :

Sa qualité de lésion bien circonscrite; — érosive ou sub-ulcéreuse, ou, plus rarement, ulcéreuse; — à surface lisse; — sans bords; — de coloration rouge ou grisâtre; — et surtout, de lésion à *base indurée*,

indurée suivant les modalités usnelles et les degrés variables de l'induration classique du chancre.

Puis, notez — signe capital — la présence de l'*adénopathie satellite* résidant dans l'aisselle, avec ses caractères d'indolence et de dureté ganglionnaires si pathognomoniques.

Second cas. — Le chancre n'existe plus. Eh bien, vous savez qu'un chancre a ses reliquats, ses *signes posthumes*, qui peuvent pour un certain temps (tout au moins) le révéler à des yeux clairvoyants aussi bien qu'à des doigts exercés. Recherchez donc ces signes posthumes du chancre, à savoir :

Sa macule, stigmate constant, mais constant pour quelques semaines seulement, au delà desquels il disparaît d'ordinaire.

Sa cicatrice, laquelle, à la vérité, ne reste guère apparente plus de deux ou trois fois sur dix.

Son induration, qui, assez souvent, reste encore perceptible après quelques semaines, ou même pour les chancres à gros néoplasme, après deux, trois, quatre ou cinq mois.

Son adénopathie, laquelle lui survit toujours un certain temps.

C'est affaire au médecin d'avoir à profiter de cette survie de quelques signes du chancre pour dépister et reconnaître encore le chancre alors qu'il a disparu.

2° *Second point.* — Dans les expertises de ce genre, n'oubliez jamais de pratiquer un examen, et un examen complet, minutieux, des *organes génitaux*. Cet examen est indispensable à l'expertise pour des raisons que je vous dirai dans un instant. Or, soyez prévenus que vous n'obtiendrez pas toujours du premier coup la permission de le pratiquer. J'ai vu plus d'une fois les nourrices s'y refuser tout d'abord, soit par pudeur, soit par appréhension vague de cette investigation spéciale. Raisonnez donc énergiquement la nourrice et dites-lui bien que cet examen importe absolument au succès de sa cause.

Qu'arrivera-t-il, en effet, si l'expert se présente devant le tribunal avec son rapport négatif sur l'état des organes génitaux qui n'auront pas été examinés ? C'est que l'avocat de la partie adverse ne manquera pas de signaler et d'interpréter en sa faveur cette lacune de l'expertise, en insinuant que la syphilis de la nourrice a bien pu être contractée d'une autre façon que par l'allaitement, par une voie autre que celle du sein.

D'ailleurs, ajouterai-je, tous les médecins qui ont l'expérience de ces sortes d'affaires, à leur tête Tardieu et M. Brouardel, sont unanimes à prescrire à l'expert, en pareille occurence, la nécessité de cet examen.

3° *Troisième point.* — Cet examen des parties génitales, vous l'avez obtenu de la nourrice et vous l'avez pratiqué. Qu'en est-il résulté ?

Deux alternatives possibles.

Premier cas. — Vous n'avez rien constaté de morbide à la vulve, non plus que sur les régions péri-vulvaires, non plus qu'aux aines, non plus qu'à l'anus. Fort bien. Enregistrez formellement dans votre rapport cet état d'immunité des régions sexuelles.

Second cas. — Tout au contraire, vous avez constaté à la vulve des accidents secondaires, des plaques muqueuses, par exemple, sous forme d'érosions ou de papules. Non moins impartialement vous noterez ces accidents. Mais laissez-moi vous faire ici une recommandation de première importance. C'est de bien décrire ce que vous aurez vu, de donner de ces accidents un signalement exact et précis, de spécifier surtout qu'ils ne s'accompagnent pas d'adénopathies en pléiade, etc., etc.

Et pourquoi cette recommandation ?

C'est afin qu'on ne vous dise pas à l'audience que vous avez pris pour des plaques muqueuses des lésions qui n'étaient que des chancres, c'est-à-dire des accidents de contagion vénérienne ; et qu'on ne retourne pas contre la nourrice l'origine de la contagion, en prétendant, comme on l'a prétendu maintes fois, que c'était la nourrice qui était la cause première de tous les accidents, qu'elle avait contracté la vérole par les organes génitaux et qu'elle l'avait ensuite transmise à l'enfant.

Il faut bien le dire, la pire chose, le plus grave préjudice qui puisse arriver à une nourrice, dans une expertise de ce genre, c'est que l'expert constate sur elle des accidents syphilitiques aux parties sexuelles. Pour les gens du monde, il en ressort cette impression « qu'en somme, la nourrice a la vérole aux parties et qu'elle a peut-être bien fait ce qu'il fallait pour l'avoir là ». Ce dernier raisonnement, sans doute, constitue pour nous, médecins, une énormité, une absurdité de premier choix, car nous savons tous que la plaque muqueuse est un accident essentiellement spontané et pouvant se produire n'importe où, quel qu'ait été le siège initial de la contagion. Mais n'oubliez pas que ce n'est pas pour des médecins que doit être fait votre rapport. Ce ne sont pas des médecins qui siègent au tribunal et qui vont juger le différend entre la nourrice et les

parents du nourrisson. Ce sont des magistrats, des gens du monde, non initiés à l'évolution de la syphilis. Donc vous concevez toute l'utilité, quand vous constatez des accidents d'ordre secondaire aux parties génitales de la nourrice, de les présenter dans votre rapport avec les caractères de lésions consécutives, spontanées d'origine, absolument indépendantes de toute contamination vénérienne et ne devant en rien impliquer une contagion locale.

II. — Venons maintenant à l'examen de l'*enfant.*

Renseignements pris au préalable sur l'âge de cet enfant, sur son état de santé, sur les accidents qu'on a constatés sur lui, sur le traitement qui lui a été prescrit, bref sur tous les commémoratifs qui lui sont afférents, vous procédez à son examen direct.

Comment? Comme vous examineriez, en toute autre circonstance, un enfant suspect de syphilis, c'est-à-dire qu'après l'avoir examiné d'ensemble pour prendre notion de son habitus général, de son aspect de santé, de son état de développement, vous inspecterez un par un tous les systèmes sur lesquels peut porter la syphilis, à savoir :

La peau, région par région, en insistant sur celles qui sont le siège de prédilection de la syphilis infantile (visage, fesses, régions génitales et péri-génitales, etc.) ; les muqueuses, et toutes les muqueuses, et plus spécialement encore la bouche (lèvres, langue, joues, palais, gorge) ; le système glandulaire ; les os ; les ongles, le pourtour des ongles ; les viscères accessoires, etc.

Et vous notez scrupuleusement tout ce que vous avez rencontré, comme aussi, au cas où votre examen ne vous a permis de rien relever de suspect, vous en consignerez le résultat négatif.

Supposons (ce qui est le cas usuel) que cet examen ait résulté la constatation de diverses lésions qui ne sauraient laisser dans votre esprit le moindre doute sur l'état syphilitique de l'enfant. En voilà assez pour répondre à l'une des questions du tribunal : oui, l'enfant incriminé est affecté de syphilis.

Mais ce n'est pas là seulement ce que vous demande le tribunal. Ce qu'il réclame de l'expert, c'est d'établir s'il existe, oui ou non, *responsabilité*, de la part des parents du nourrisson, de la syphilis que présente la nourrice. En logique comme en droit, responsabilité implique *faute*, faute commise par quelqu'un au préjudice d'autrui. Or, en l'espèce, quel argument établirait mieux, et d'une façon plus évidente, la responsabilité des parents vis-à-vis de la nourrice que la démonstration de la *qualité héréditaire* de la syphilis dont l'enfant est affecté. Démontrer donc que l'enfant est syphilitique par hérédité, c'est-à-dire du fait des géniteurs, c'est, *ipso facto*, produire la démonstration irrécusable d'une faute commise par les parents en confiant à une nourrice leur enfant passible d'une hérédité dangereuse.

Eh bien, sinon toujours, au moins pour la plupart des cas, nous avons la possibilité d'une démonstration de cet ordre.

Le problème à résoudre se pose ainsi : on demande si la syphilis dont est atteint l'enfant dérive d'une hérédité syphilitique ou bien d'une syphilis acquise après la naissance. Trois ordres de considérations nous permettent de pouvoir presque toujours différencier ces deux modes d'infection, à savoir :

1° *Modalité initiale de la syphilis.* — Chez l'enfant, comme chez l'adulte, la syphilis acquise débute fatalement par le *chancre*, flanqué de son compagnon fidèle, le *bubon satellite*.

Inversement, la syphilis héréditaire n'a pas de chancre pour exorde. C'est une syphilis *décapitée* qui fait son entrée en scène par des accidents du genre de ceux qu'on appelle « généraux » ou « constitutionnels » ;

2° *Particularité propre à la syphilis héréditaire : toute syphilis qui, au cours de ses deux premiers mois, s'accuse par des accidents de l'ordre de ceux qu'on appelle généraux, est une syphilis héréditaire* et ne peut être qu'une syphilis héréditaire. Rien n'est plus simple que de justifier cette proposition

D'une part, chacun sait que la syphilis héréditaire, si non toujours, au moins le plus souvent, et de beaucoup, se traduit dès les premières semaines par des accidents d'ordre constitutionnel.

D'autre part, une syphilis acquise par un enfant ne saurait se traduire, au cours de ses deux premiers mois, par des accidents spécifiques généraux, et cela pour une raison mathématique que voici :

Supposons un enfant contractant, par un accident quelconque, la syphilis dès sa première semaine, voire, si vous le voulez, dès le premier jour de sa naissance.

L'incubation du chancre est fatale et exige trois semaines au bas mot. Mettons vingt jours.

La deuxième incubation (celle qui est intermédiaire entre le chancre et l'explosion secondaire) exige en moyenne quarante-cinq jours. Mettons quarante jours.

Eh bien, 20 + 40 = 60, c'est-à-dire deux mois. Donc, l'explosion de symtômes généraux ne peut se faire qu'au delà de soixante jours, c'est-à-dire ne peut se faire dans les deux mois.

Donc, tout enfant, qu'on trouvera affecté, au cours de ses deux premiers mois, d'accidents secondaires, ne pourra forcément devoir ses accidents qu'à une yphilis d'ordre héréditaire.

3° *Spécialité de diverses manifestations appartenant en propre à l'hérédo-syphilis.*

Il n'est pas rare que, spécialement chez le tout jeune enfant (et c'est là le cas que nous avons en vue), la syphilis héréditaire se traduise par quelques symptômes qui font défaut dans la syphilis acquise du jeune âge, tels que les suivants, par exemple :

a) Le coryza, dont chacun connaît l'extrême fréquence dans la syphilis héréditaire et la signification diagnostique. Or, ce symptôme fait défaut dans la syphilis acquise.

b) Le pemphigus des extrémités. Encore une manifestation par excellence de l'hérédo-syphilis.

c) La pseudo-paralysie des membres de Parrot, par dislocation épiphysaire. Encore une lésion qui a sa raison d'être dans l'hérédo-syphilis de par une distrophie osseuse native, ayant son origine dans la vie fœtale.

d) De même encore pour cette fameuse *décrépitude infantile* que réalise si fréquemment la syphilis héréditaire et qu'on n'observe jamais dans la syphilis acquise de l'enfance. Chacun connaît cette physionomie spéciale du nouveau-né syphilitique se présentant sous forme d'un avorton rabougri, atrophié, débile, n'ayant même pas la force de crier ; — à peau terreuse, plissée et semblant trop grande pour le contenir ; — à facies reproduisant la marque d'une sénilité lamentable. C'est un petit vieux, a-t-on dit, voire à visage simien, etc.

e) A fortiori, la qualité héréditaire de l'infection s'attestera-t-elle mieux encore, je dirai même d'une façon indéniable, si l'enfant en question porte avec lui quelqu'une ou quelques-unes de ces dystrophies, de ces malformations natives que la syphilis héréditaire réalise fréquemment et que la syphilis acquise est incapable de reproduire.

Citons comme telles : les déformations craniennes : bosselures frontales ; front olympien ; bosselures pariétales ; occipitales ; asymétrie cranienne ; crâne natiforme ; crâne hydrocéphalique ; etc.

Les déformations nasales (écrasement du nez, épatement à sa racine).

Des déformations diverses (bec de lièvre, gueule de loup, polydactylie, etc.).

Car tout cela c'est de la syphilis héréditaire pur sang.

Eh bien, appliquons ces connaissances au sujet qui nous occupe. Après avoir relevé sur l'enfant soumis à notre examen les symptômes qui attestent son état de syphilis, recherchons avec le plus grand soin les trois points suivants, pour bien les signaler dans notre rapport.

1° La syphilis de cet enfant a-t-elle été précédée d'un chancre ; ou, au contraire, a-t-elle fait son entrée en scène par des accidents généraux ?

Pour cela recherchons le chancre attentivement ; recherchons le chancre par lui-même, ou, à son défaut, par ses signes posthumes (macule, cicatrice, induration, adénopathie). Et mettons-nous en mesure de donner au tribunal une réponse catégorique à cette question essentielle de l'existence ou de la non-existence d'un chancre sur le nourrisson.

2° Cherchons à déterminer nettement (cela de par les témoignages, de par l'anamnèse, de par les documents, les ordonnances annexés au dossier) à quelle époque ont apparu sur l'enfant les symptômes de syphilis généralisée ; attachons-nous spécialement à établir s'ils sont apparus dans les deux premiers mois de la vie ou plus tôt encore.

3° Enfin, recherchons minutieusement si l'enfant a présenté ou présente : soit quelqu'une de ces manifestations spéciales à la syphilis héréditaire que je citais à l'instant ; soit, plus particulièrement encore, quelqu'une de ces dystrophies natives qui sont l'apanage exclusif de l'hérédo-syphilis.

III — Votre tâche est terminée sur les deux premiers points, l'examen de la nourrice et celui de l'enfant, et vous avez soigneusement enregistré tout ce qui a trait à la syphilis dont sont affectés cette femme et son nourrisson. Mais reste un troisième point, et celui-ci le plus important de tous, à savoir : d'établir, de par ces documents cliniques comme de par tous les autres renseignements compris au dossier de l'affaire, si ces deux syphilis procèdent l'une de l'autre, et dans quel sens elles procèdent l'une de l'autre, comme aussi (troisième hypothèse) si elles ne pourraient pas être étrangères l'une à l'autre. En effet, en pareil cas, trois alternatives sont possibles :

1° Il se peut d'abord que ce soit la nourrice qui ait

reçu la syphilis de l'enfant. Cela, c'est le cas usuel qui se présente 47 fois sur 50.

2° Mais il se peut eu second lieu et inversement que ce soit l'enfant qui ait reçu la syphilis de la nourrice.

Exemple : une nourrice entre dans une famille. C'est une très belle fille de vingt ans, d'excellente santé, ayant beaucoup de lait. Tout marche au mieux et l'on se félicite d'avoir si bien choisi. Puis, voici que quelques taches rosées se présentent sur le thorax de la nourrice ; on n'y fait pas attention. Puis, il lui vient au mamelon de petites plaies suppuratives, qu'on considère comme des gerçures, des crevasses. L'enfant, bientôt après, présente à la bouche des boutons qui persistent. Il maigrit, dépérit et son corps se couvre d'éruptions. Alors on s'inquiète, on consulte, on ouvre une enquête d'où il résulte que la nourrice, syphilitique depuis plusieurs mois, a inoculé la syphilis à l'enfant par des plaques muqueuses du sein. Est-ce assez vous dire, en conséquence, qu'il convient, dans les expertises du genre de celles qui nous occupent, de tenir compte de la possibilité d'une infection de l'enfant par la nourrice.

3° Troisième alternative, enfin, celle-ci plus inattendue et plus insidieuse.

Il est possible qu'étant donnés une nourrice syphilitique et un nourrisson syphilitique, ces deux syphilis soient absolument étrangères l'une à l'autre, indépendantes comme origine.

Ce doit être là me direz-vous un fait bien exceptionnel. Sans doute, mais encore est-il possible, ainsi que vous le prouvera l'histoire suivante.

Il y a déjà de longues années, un de mes collègues me fait l'honneur de me mander dans une famille de sa clientèle. Je trouve là, dans les bras de sa nourrice, un enfant de cinq à six mois ; je l'examine et je constate qu'il est, sans aucun doute, affecté de divers accidents de syphilis héréditaire. Le père, du reste, m'avait déjà avoué qu'avant son mariage il avait été atteint d'une syphilis qu'il avait longtemps traitée et dont il se croyait guéri.

Nous avions à peine terminé l'examen de l'enfant, lorsque la nourrice nous demanda spontanément à être examinée, elle aussi, par nous. Alors, se découvrant une épaule, elle nous montra un groupe de boutons papulo-tuberculeux qu'il était élémentaire de reconnaître pour une syphilide. Nous prescrivons un traitement pour l'enfant, un traitement pour la nourrice, et nous nous retirons.

Deux jours après, le père arrive chez moi, très anxieux, et me raconte ceci :

Aussitôt après votre départ, la nourrice nous a fait une scène épouvantable à ma femme et à moi en nous disant que notre enfant était « pourri » et qu'il lui avait donné son mal ; puis elle a quitté la maison séance tenante, en promettant qu'on aurait bientôt de ses nouvelles.

Et, en effet, le lendemain, on avait eu de ses nouvelle sous forme d'un papier timbré, apporté par un homme d'affaires, papier par lequel elle réclamait une indemnité de vingt mille francs comme dommages-intérêts du préjudice qui lui avait été causé. Ledit homme d'affaires menaçait, en outre, les parents, faute par eux de satisfaire *illico* à cette demande, d'engager des poursuites judiciaires.

Or, déjà, lors de mon examen, j'avais eu un soupçon que devait corroborer cette mise en scène qui me semblait avoir un air de chantage. La lésion indubitablement syphilitique que présentait la nourrice sur l'épaule m'avait paru être l'expression d'une syphilis bien âgée pour relever d'une infection reçue de l'enfant et je m'étais promis d'élucider ce point dans une visite postérieure. Si bien que sans m'ouvrir au père d'une impression qui, après tout, pouvait n'être pas justifiée, je lui donnai le conseil de résister quant à présent à l'injonction d'une indemnité immédiate, d'attendre au moins la signification du procès, et, en plus, d'ouvrir lui-même une enquête sur les antécédents de la nourrice.

Et j'avais été bien inspiré de lui donner ce conseil ; sans entrer plus avant dans les détails de cette longue affaire, quelques jours plus tard, l'enquête ouverte par le père venait révéler que, quatre mois avant la naissance de l'enfant dont elle disait avoir reçu la syphilis, cette femme avait été traitée dans un service de l'Hôtel-Dieu pour des accidents de syphilis constitutionnelle. Ce renseignement était d'une telle authenticité que, lorsqu'il fut transmis à l'homme d'affaires, celui-ci et la nourrice s'empressèrent de ne plus donner signe de vie.

Voyez si de tels cas ne constituent pas des sources d'erreur pour l'enquête.

Comment donc l'expert se tirera-t-il de semblables difficultés ? D'autre part, quelle forme donnera-t-il à son rapport ? Et, surtout, en quels termes formulera-t-il ses conclusions ? C'est là ce que j'examinerai devant vous dans la seconde partie de cette étude.

(A suivre.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement des péritonites aiguës (1).

Par M. le Dr Emile Forgue,
Professeur de clinique chirurgicale.

(*Suite et fin.*)

B. — Technique générale de l'intervention.

1° Soins préparatoires. — L'opérateur doit s'efforcer d'arriver, par une étude attentive du cas, à poser le diagnostic préopératoire du siège et de la cause probable de la péritonite : l'intervention y gagne en rapidité, et le temps est ici facteur dominant du succès ; elle y gagne en précision, et il est bien important que l'on se rapproche le plus possible de la lésion causale pour la réparer si possible et pour éviter d'agir en dehors de la zone des adhérences limitant le processus, ce qui exposerait à diffuser l'infection. Donc, compter sur l'ouverture du ventre pour faire le diagnostic est tendance périlleuse ; et le chirurgien doit s'aider ici de tous les procédés d'examen et du conseil des médecins.

Les commémoratifs sont une source utile d'indications. Les lésions perforantes de la typhoïde, même en son type ambulatoire, se reconnaissent aisément, ainsi que celles dépendant de la dysenterie, d'une tuberculose intestinale évidente, d'une cholécystite infectieuse, ou d'un ulcère de l'estomac. Une appendicite perforante, une péritonite issue de la rupture d'une collection septique péri-utérine ou salpingienne sont habituellement devancées par des symptômes qui ont attiré, sur ces points, l'attention. Mais, le cas est assez fréquent où ces phénomènes prémonitoires sont absents : tel cet ulcère perforant des jeunes femmes dont la perforation est le premier symptôme ; telle l'appendicite suraiguë foudroyante apparaissant chez des sujets qui n'ont dans leurs antécédents aucun commémoratif de crise antérieure ; tel surtout l'ulcère du duodénum.

Tenez grand compte de la douleur et de son siège maximum : bientôt diffuse, elle garde pendant quelques heures et même quelques jours, une localisation assez nette pour diriger l'intervention, surtout dans les lésions épigastriques. Mais cette règle a de fréquentes exceptions : la douleur de la péritonite appendiculaire est souvent vague au niveau de la région iléo-cœcale ; elle se généralise ou même montre son maximum à distance, dans la fosse iliaque gauche, dans l'hypochondre droit. Un signe nous paraît utile à consulter : lorsqu'on palpe ou percute d'une pichenette la paroi, la contraction de défense des muscles pariétaux est toujours plus vive du côté lésé, qui se tend et se raidit par protection instinctive. La palpation apprécie l'inégale douleur des diverses régions, fosses iliaques, zone prévésicale, épigastre, hypocondre ; la percussion renseigne sur les points mats où s'accumule le liquide et doit étudier avec soin si ces limites de matité sont fixes ou se déplacent avec les mouvements du malade. Le toucher rectal est important : dans le cas d'appendicite perforante, il permet de préciser le siège de la douleur au niveau de la région iléo-cœcale, de constater l'existence de l'empâtement des masses inflammatoires, on de percevoir une accumulation de liquide dans l'excavation. Le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, renseigne sur l'état de l'utérus et des annexes.

Relever les forces ou combattre le collapsus s'il existe, voilà un soin préliminaire qu'il convient de ne point négliger : on fera une injection de caféine, une transfusion sous-cutanée ou intraveineuse de sérum artificiel ; le malade aura les jambes et la poitrine emmaillotées d'ouate ; on pourra parfois se contenter de la cocaïne.

2° Incision. — Si une zone mate, tuméfiée ou fluctuante, révèle l'emplacement de la collection péritonéale, l'incision se placera en son axe de figure : c'est ainsi que pour les suppurations issues de l'appendice ou des annexes on pourra être conduit à inciser dans le flanc ; le précepte est formel, car il faut se tenir au centre des adhérences et éviter l'inoculation des portions préservées de la séreuse. Dans les péritonites sus-ombilicales, avec lésion originelle probable de l'estomac, du duodénum ou du foie, on incisera sur la ligne médiane, entre la xyphoïde et le nombril. Dans l'hypothèse d'une phréno-péritonite, ayant abouti à un abcès sous-diaphragmatique, l'ouverture a été souvent pratiquée au travers d'un espace intercostal, d'autant que le diagnostic est demeuré en suspens et qu'on a cru opérer soit un abcès du foie, soit un empyème pleural ; d'autres ont été conduits à ouvrir, par la voie lombaire, une collection saillante en arrière : quelques-uns ont incisé dans l'épigastre un abcès à saillie sus-ombilicale : le choix se subordonne au mode de présentation de la collection. Dans la majorité des cas, où le chirurgien reste dans l'in-

(1) Extrait du *Nouveau Montpellier médical*, 6 novembre 1897, n° 45.

certitude sur le siège de la lésion initiale, l'incision médiane sous-ombilicale trouvera indication, par sa commodité d'entre-bâillement, sa promptitude d'exécution, sa facilité d'agrandissement. D'ailleurs, il faut noter que parfois les indications fournies par le palper et la percussion deviennent, surtout quand la perforation siége sur l'un des organes de la zone sus-ombilicale, une cause de méprise : dans le bassin, dans la fosse iliaque droite le pus a migré, constituant une collection qu'on estime d'origine péri-appendiculaire ; or, ce n'est là qu'un foyer secondaire. la lésion dominante étant constituée par une perforation vésiculaire, gastrique ou duodénale. Que de fois encore la péritonite prend le masque d'une occlusion aiguë ; et, dans cette hypothèse encore, c'est la laparotomie médiane à l'hypogastre qui s'impose.

3° ÉVACUATION DU PUS. — § 1er. *Cas d'une collection uniloculaire.* — En incisant couche par couche, on trouvera souvent, comme nous l'avons noté, une dilatation particulière des veines sous-cutanées et un œdème, une sorte d'infiltration grise des parois, surtout marqués quand on opère dans le flanc : c'est un signe, qui nous a paru excellent, de la suppuration profonde.

L'incision peut ouvrir du coup la poche de péritonite enkystée : sous l'irrigation d'une solution stérile de chlorure de sodium à 7 0/00, le pus s'échappe à flots ; puis l'opérateur, explorant avec prudence les confins de la collection, la nettoie avec des tampons montés sur pince ou des compresses ; à vrai dire ce n'est plus une laparotomie, mais une simple ouverture d'abcès, où la nature, comme dit Reichel, a fait la meilleure besogne, « *die hauptarbeit* ». Quelle que soit l'ampleur de la poche, l'intervention garde ce caractère de simplicité : c'est dire, sans qu'il soit nécessaire de l'appuyer sur la statistique, que la péritonite purulente à grands enkystements nous réserve nos plus beaux succès.

§ 2. *Cas d'une collection multiloculaire.* — L'intervention peut aussi être efficace dans ces cas qui, comme l'a dit Jalaguier, sont intermédiaires aux grands épanchements enkystés à la forme diffuse, où l'on évacue plusieurs foyers indépendants, isolés, parfois éloignés ; la difficulté est de reconnaître ces péritonites multiloculaires, d'en ouvrir tous les foyers distants et de se garder, en poursuivant ce résultat, de rompre le cloisonnement protecteur qui isole la part saine de la séreuse ; c'est affaire d'exploration prudente, le doigt reconnaissant dans la profondeur les saillies fluctuantes, les trajets intermédiaires. En principe général, à moins qu'on n'y soit conduit par des signes nets, mieux vaut, après l'ouverture de ces grands abcès chauds du péritoine, s'abstenir de manœuvres profondes et imprécises, de décoller les anses, de laver sous haute pression ; on placera des drains, de gros calibres, aux différents points déclives vers les bas-flancs, vers le Douglas, en les conduisant sur le doigt avec le trocart courbe de Chassaignac. A cet égard, il n'est point inutile de rappeler vers quels points s'accumulent de préférence les liquides, dans la cavité péritonéale : Delépine en a tracé un schéma et Hadra l'a complété. Ce dernier signale : d'abord une poche périhépatique droite où se collecteraient les produits infectieux venus du gros lobe, de la vésicule et des conduits biliaires de la partie droite du côlon transverse et l'angle hépatique du côlon, peut-être du duodénum, du pylore et de quelques points de l'estomac ; une seconde poche, supra-cœcale, qui reçoit les liquides versés par les perforations intéressant le côlon ascendant, le duodénum et la partie supérieure du cæcum ; la troisième poche — para-cœcale — est la fosse iliaque droite, rapidement infectée dans les maladies de l'appendice, des annexes, de la vessie, de la fin du grêle ; une quatrième poche, à gauche, est contaminée par les lésions portant sur l'intestin grêle, la flexure sigmoïde, le côlon descendant et la rate ; la cinquième poche, sous-diaphragmatique, située à gauche du ligament suspenseur du foie, reçoit les liquides septiques versés par le lobe gauche du foie, la rate, la face antérieure et la partie gauche de l'estomac ; la sixième poche est l'arrière-cavité des épiploons.

§ 3. *Cas d'une infection non circonscrite.* — La conduite est moins simple quand, au lieu d'un abcès chaud du péritoine, si ample qu'il soit mais collecté, on se trouve en présence d'un processus d'infection diffuse. Dans un liquide louche, parfois abondant, ayant inondé d'emblée la séreuse, on peut voir les anses baignées et libres, avec seulement quelques adhérences glutineuses, ébauche de cloisonnement protecteur ; ce sont là des cas mauvais ; l'irrigation péritonéale, que l'on tend à abandonner, surtout en Allemagne, ainsi qu'en témoignent les communication de Körte et Kœnig au Congrès de Berlin en avril 1897, trouve ici une indication qui nous paraît peu contestable ; en lavant la séreuse à la solution stérile de chlorure de sodium, à basse pression, on réalise une dilution des liquides septiques, une chasse douce

de ces produits, et, par surcroît, une injection intra-abdominale de sérum artificiel.

Nous hésiterions à y recourir dans les cas moins graves où l'on ne trouve point cette inondation septique de toute la séreuse, où l'infection péritonéale issue, par exemple, d'un foyer appendiculaire, ou annexiel, ou intestinal, n'a point eu le temps de diffuser et où l'on trouve au voisinage du point originel les anses, vascularisées, couvertes de quelques néomembranes, l'épiploon congestionné. Irriguer largement, surtout en position de Trendeleuburg, ce serait s'exposer à généraliser la septicémie. De plus en plus, on donne la préférence au nettoyage du péritoine à sec, avec des compresses aseptiques, sur les grands lavages. Nous avons préféré, en pareil cas, frotter l'épiploon, attiré hors du ventre, avec une compresse stérile imbibée de Van Swieten, essuyer doucement les anses et leurs exsudats mous; et bien nous en a pris.

4° DRAINAGE. — Le drainage mérite tous les soins: il faut placer à tous les points bas de gros tubes accouplés en siphon. Bien que Hadra le conteste, le fond de l'excavation pelvienne est le réservoir commun auquel tendent, par la pesanteur, les liquides épanchés dans l'abdomen; et chez la femme surtout, en raison de l'origine pelvienne dominante des infections péritonéales, il sera avantageux de placer, au moyen du trocart courbe, une anse transperçante de la paroi sur le vagin, au travers du Douglas. A la pesanteur, il faut joindre l'action évacuante de la capillarité, et les lanières de gaze iodoformée, poussées sans pression le long des tubes à drain qu'elles accompagnent, exercent sur le contenu du péritoine une aspiration drainante d'un excellent résultat. Si l'on a évacué un foyer septique, sans que le cloisonnement protecteur du péritoine ait eu le temps de s'organiser, il conviendra de placer, sinon un Mikulicz typique, du moins un rideau de gaze iodoformée isolant le point contaminé de la séreuse.

5° RECHERCHE ET TRAITEMENT DE LA LÉSION CAUSALE. — La recherche de la lésion causale — perforation — complète le traitement idéal de la péritonite. S'agit-il d'un appendice perforé, on le résèque après ligature à sa base; si une ulcération de l'estomac, du duodénum, de la vésicule, de l'intestin est accessible, on en doit pratiquer la suture. Mais, si la découverte et la réparation de la lésion présentent des difficultés, il faut renoncer à rechercher « furieusement » comme dit Mikulicz, l'organe perforé : la rapidité de l'intervention, l'absence de tout choc péritonéal sont le but et la règle. Et il convient alors de tamponner, à la gaze iodoformée, la cavité péritonéale dans le voisinage de la lésion et d'établir en même temps un drainage avec deux gros tubes en caoutchouc, cuchemisés de gaze.

6° TRAITEMENT DE LA PARALYSIE INTESTINALE. — La paralysie intestinale, résultant de la péritonite, a un rôle pathogénique indéniable dans l'aggravation des accidents : l'intestin enflammé se paralyse; les matières stagnent; le bactérium-coli acquiert, de cette stase même, une exaltation de virulence; le ramollissement inflammatoire, la congestion, l'amincissement par distension des parois, favorisent les migrations microbiennes au travers des tuniques, jusqu'à la séreuse. Ainsi s'établit un cercle vicieux, la péritonite facilitant l'invasion microbienne de la séreuse, et cette pénétration du bactérium-coli augmentant à son tour l'inflammation péritonéale : Hadra, Lockwood et Shaw ont développé ce mécanisme de l'infection péritonéale. Il est un moyen radical d'eu sortir : établir un anus contre nature sur une anse dilatée; Henrotin, qui vit, chez une fillette laparotomisée, une amélioration rapide suivre la production spontanée d'une fistule intestinale, l'a réalisé en 1893; Lockwood, Hadra croient devoir des succès à ce mode opératoire; Hulke, Thorton, Sheild, Cripps, A. Doran, dans une discussion récente à la Société médicale et chirurgicale, ont exprimé un avis favorable. Nous serions assez disposé à y recourir dans les cas de tympanisme intense, avec phénomènes graves d'obstruction; dans les cas habituels, les grands lavements rectaux, le purgatif précoce seront plus simplement indiqués.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Tenue à Paris du 21 au 23 octobre 1897.

Séance du 23 octobre.

Quelques cas d'uréthrites aseptiques et infectieuses primitives.

(Suite.)

M. Janet. — Il me semble que les porteurs de gonocoques ne sont pas les seuls à qui nous devons interdire le mariage. Les malades sujets à des infections secondaires dues au développement considérable d'une seule espèce microbienne, pénétrant profondément dans l'urè-

thre, me semblent également dangereux, plus dangereux certainement que les malades porteurs d'une simple goutte chronique infectée de microbes divers. S'ils ne sont pas capables de donner de grandes infections salpingo-ovariennes à leurs femmes, ils peuvent, du moins, leur procurer ces infections utérines, ces mèches muco-purulentes des femmes mariées.

M. Kraus. — Je propose de remplacer le nom de urétrite aseptique par celui de métrite oligococcique.

M. Guiard (de Paris). — D'après ce qui vient d'être dit, on pourrait croire que les grands lavages au sublimé sont l'unique moyen de traitement des uréthrites microbiennes non gonococciques. Ce serait une erreur. Sans doute ils constituent un excellent et précieux moyen thérapeutique, et je leur ai souvent dû des succès très remarquables. Mais parfois je les ai vus échouer, et j'ai ensuite réussi avec le nitrate d'argent, soit en instillations, soit en lavages. J'ai vu des malades inutilement traités par les instillations pendant de très longs mois, guérir par les lavages et réciproquement. Au point de vue pratique, il est donc utile de ne pas trop longtemps insister sur le même moyen de traitement et d'employer successivement tous ceux que je viens de signaler.

Un mot, en terminant, sur les génitalites des jeunes mariées : M. Janet les attribue à une infection par les microbes de l'urètre masculin. Je crois qu'elles peuvent se produire sans cela. J'ai observé trois cas de vulvo-vaginite, survenus au début du mariage. La sécrétion contenait de très nombreux microbes. Les maris n'avaient absolument rien. Je crois que les microbes saprophytes du vagin, inoffensifs en temps ordinaire, étaient devenus pathogènes à l'occasion des phénomènes congestifs, déterminés par les premiers rapports, et qu'il n'y avait eu aucune espèce de contagion.

M. Pousson (de Bordeaux). — Je critique le nom d'uréthrite aseptique et lui préférerais celui d'*uréthrite amicrobienne*. Au point de vue du mariage, sans être aussi sévère que quelques-uns des orateurs précédents, on doit cependant être très prudent. La présence des gonocoques, ou une très grande quantité de microbes doit prohiber le mariage.

Traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé de « dédoublement ».

M. Loumeau (de Bordeaux). — J'ai eu l'occasion d'appliquer trois fois, avec un succès immédiat et complet, le procédé de dédoublement, au traitement de fistules vésico-vaginales consécutives : l'une, à un accouchement désastreux ; la seconde, à l'ulcération produite par le port d'un vieux pessaire ; la troisième, à la fistulisation d'une taille vaginale. En dédoublant, par la dissection, les lèvres de la fistule, j'ai suturé au catgut, par leurs faces cruentées, les deux lambeaux vésicaux, refoulés vers la cavité vésicale ; puis, au fil d'argent les faces cruentées des deux lambeaux vaginaux, dont les lèvres forment alors un relief saillant dans le vagin. Une sonde de Malecot fut ensuite laissée à demeure, par l'urèthre, dans la vessie et maintenue béante jusqu'à cicatrisation parfaite de la plaie opératoire, obtenue du huitième au dixième jour. Cette méthode me paraît devoir être préférée à la méthode américaine, sur laquelle elle a le triple avantage de la simplicité, de la facilité et de l'efficacité.

Sur quatre cas de tumeurs de la vessie.

M. A. Malherbe (de Nantes). — J'ai étudié quatre tumeurs vésicales, dont l'une a été opérée par M. Pousson et les trois autres par moi.

Trois de ces tumeurs sont des papillomes. Les symptômes observés ont été des hématuries assez abondantes chez les trois malades ; les douleurs ont été nulles ou très modérées ; dans la seconde observation, nous notons des rétentions d'urine, faciles à expliquer par la situation de la tumeur pédiculée qui venait s'appliquer contre l'orifice vésico-urétbral, à la manière d'un clapet. Les trois tumeurs ont été assez facilement vues au cystoscope avant l'opération.

L'étude anatomique montre qu'il s'agit de papillomes, faciles à distinguer des épithéliomes, si, comme l'a bien montré Albarran, on a soin de rechercher au centre des masses épithéliales la petite tige conjonctivo-vasculaire qui est le centre de chaque papille. Les vaisseaux y sont dilatés hors de proportion, et le sang y circule mal ; le tissu conjonctif péri-vasculaire subit une transformation granuleuse, de sorte que le vaisseau n'est plus soutenu. Que l'épithélium très fragile, qui recouvre la papille, vienne à tomber, il en résultera une hémorrhagie qui pourra être très abondante, en raison de la largeur relative des vaisseaux et de l'altération de leurs parois.

La quatrième observation est beaucoup plus intéressante par sa rareté. Il s'agit d'une tumeur située dans la paroi vésicale, entre le pubis et le col. Cette tumeur s'était révélée par des hématuries, qui se rapprochaient de plus en plus. Il y avait peu de douleurs, et, sauf l'hématurie, peu de troubles de la miction. La cystoscopie, qui fut très difficile (on dut préparer le canal par de gros Béniqué et l'incision préalable du méat), fit voir une grosse tumeur blanchâtre et assez lisse. Au cours de l'opération, on trouva une tumeur bilobée, soulevant, au-dessus de l'orifice uréthral, la muqueuse vésicale, à peu près saine en apparence.

Une incision de la muqueuse vésicale permit de mettre à nu une tumeur bien enkystée, qui fut énucléée, non sans peine, avec le doigt. Elle était située au-dessous de la symphyse. Histologiquement, cette tumeur, que j'avais prise pour un myome, présentait une trame fibreuse et des cavités tapissées d'épithélium. On put reconnaître à l'œil nu un grand nombre de petites cavités creusées au

milieu du tissu fibreux et contenant une substance grenue. A un faible grossissement, les préparations ressemblaient à des coupes de corps thyroïde, l'épithélium étant aplati par la pression de dedans en dehors du contenu des cavités adénomateuses.

A un plus fort grossissement, il devenait manifeste, dans les points bien conservés, que l'épithélium était caliciforme. Il s'agissait donc d'un adénome muqueux. Quel était son point de départ? Glandes de la vessie ou glandes profondes de la région prostatique? Il est difficile de trancher la question. Toutefois, l'origine extra-vésicale semble plus probable. Il est remarquable que cette tumeur ait déterminé autant d'hématuries, malgré l'intégrité apparente de la muqueuse vésicale. Il s'agissait probablement de congestions suivies de sortes d'épistaxis vésicales.

Au point de vue clinique, cette observation montre que des tumeurs paraissant de mauvaise nature, au premier abord, peuvent être parfaitement justiciables d'une opération chirurgicale. Il convient donc, en dehors des cas absolument inopérables, de faire une cystostomie, qui pourra rester exploratrice, mais qui pourra parfois devenir curative.

(*A suivre.*)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Autorisation accordée aux internes d'exercer la médecine dans l'hôpital.

En vertu de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, le préfet de la Seine, sur la proposition du directeur général de l'Assistance publique d'accord avec le Conseil de surveillance, vient d'autoriser les internes des hôpitaux et hospices munis de douzes inscriptions comme l'exige l'article ci-dessus visé, à exercer la médecine à l'intérieur de l'hôpital auquel ils sont attachés. Ce droit laisse néanmoins les internes soumis à toutes les obligations qui leur sont imposées par les règlements; ils ne pourront pratiquer d'opérations autres que la trachéotomie qu'après y avoir été autorisés, par écrit, par leur chef de service.

Concours de l'internat.

Anatomie. — MM. Coustols, 5; Fernique, 10; Paris, 4; Castan, 8; Boricaud, 14; Bourgeois, 14; Chifolio, 13; Bruandet, 6; Cahen, 11; Baudelot, 7; Mlle Cohn, 8; MM. Caubet, 12; Laurat Jacob, 9; Mirçouche, 11; Jules Lévy, 13; Mantoux, 8; Lenglet, 13; Lacapère, 12; Sentex, 8; Leb, 9; Paul Guihal, 9; Girod, 11; Gadaud, 8; Emile Condert, 10; Chéruy, 9; Milhiet, 13; Gnillain, 15; Saison, 8; Druelle, 7.

Pathologie. — MM. Gaucher, 7; Calvé, 9; Bosvieux, 10; Mathé, 10; Delétré, 5; Anbourg, 8; Picard, 5; Bizard, 7; Chevrier, 8; Jean Petit, 13; Gentin, 10; Herscher, 12; Le Maguet, 7; Lobligeois, 7; Lonbet, 12; Dehret, 9; Ballet, 7; Arloing, 9; Léo, 12; Sicard, 11; Aribat, 6; du Pasquier, 11; A. Degorce, 13; Georges Weill, 7; Daniel, 10; Bony, 10; de Gorsse, 12; Catbelin, 12; Felizet, 4; Pasquier, 7; Tardif, 11; Chanveau, 10; Sabatié, 10; Stanculéanu, 11; Benj. Weill, 10; Fossier, 7; Follet, 9; Gimbal, 12.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Giraudet, 12 1/2; Ermenge, 13; Galezowski, 18; Guyot, 12; Hemet, 14; Durozoy, 16 1/2; Gatian de Clérambault, 13 1/2; Grabié, 14; Friedel, 11; Jos. Fabre, 16; Duché, 10 1/2; Mlle Gorovitz, 17 1/2; MM. Gaudeau, 17; Guillaine, 9; Feuillet, 12; Gauthier, 11; Grosset, 16; Hamard, 17; Flourens, 14; Duclos, 13; Giroux, 15; Guérin, 13; Dupinet, 11 1/2; Elichaninoff, 10; André Ferrand, 15; Gourmaud, 18 1/2; Gassot, 13; H. Gros, 10; Charles Guichard, 13; Durieux, 14; Grelley, 6 1/2; Henri Guichard, 9; Ducoudray, 18; Fayon, 15; Forget, 7; Hautant, 15; Forné, 15; Garrigues, 16; Durand, 13; Bonamy, 10; Ayrignac, 15; Bondréaux, 11; Bour, 13; Henry Burty, 14; Barnshy, 18; Bougenot, 16; Boyer, 13; Astengo, 12; J. Bordenave, 16; Breitel, 13; Ch. Aubertin, 16; Barret, 15; Bouny, 18; Boutin, 12; Auburtin, 18; Béguinot, 14; Bonreille, 9; André Burty, 4; Bonrg, 15; Baudoin, 16 1/2; Bidel, 14; Brémont, 8; Cassulo, 11; Canton, 11; Carteret, 8; Audy, 13; Baudrand, 15; Blanquinque, 10; Boulommier, 12; Bailleul, 6; Ader 8; Henry Barré, 12; Bougrier, 8; Brouillaud, 14; Vincent Aubin, 11; Béclard, 16; Amieux, 9 1/2; André, 16; Blasart, 11.

Pathologie. — MM. Le Breton de Laperrière, 17; Laborde, 13 1/2; Jouon, 15 1/2; Marcileau, 12; Laurent, 15; Levassort, 14; Loustau, 17; Lanier, 12; Jamart, 12; Mlle Majérezac, 15 1/2; Lemarchand, 16; Lestelle, 10 1/2; Le Play, 18 1/2; Lemaire, 14; J.-P. Leduc, 13 1/2; Lardennois, 19; Maillard, 16 1/2; Mage, 16; Lévy-Davicion, 11; Bonecher, 14 1/2.

VARIA

Un certain nombre d'élèves et d'amis désirent offrir une médaille à M. le professeur Le Dentu, à l'occasion de sa nomination comme officier de la Légion d'honneur. Le prix de la cotisation est fixée à 20 francs.

Prière d'envoyer le montant des souscriptions à :

MM. Lyot, 37, rue de Rome;
Mauclaire, 22, rue Montaigne;
Pichevin, 18, rue Caumartin.

La liste des souscriptions sera close le 25 décembre 1897.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.

68e Année. 10e Série. Tome I. N° 50 11 Décembre 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : **Dr Pierre SEBILEAU.**

AVIS. — MM. les Actionnaires de la **Gazette Médicale** *sont informés qu'une assemblée générale extraordinaire se tiendra au siège social, 6, rue de Monceau, le samedi 18 décembre 1897, à 5 heures et demie.*

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

Hôpital Saint-Louis — M. le professeur Fournier

Expertise médico-légale dans les cas de contamination de nourrice par nourrisson syphilitique.

Leçon d'ouverture, recueillie par M. le Dr P. Portalier (1).

(Suite et fin.)

Reprenons notre sujet au point où nous l'avons laissé. La question qui se pose actuellement, la dernière et la plus importante des trois grandes questions auxquelles doit répondre l'expert, est, vous vous le rappelez, la suivante :

Est-il des raisons qui autorisent à croire que la syphilis dont est affectée la nourrice dérive d'une contagion reçue de son nourrisson ?

Déjà, je vous l'ai dit, toutes les situations possibles, toutes les hypothèses à faire sur un cas de cet ordre se trouvent enserrées dans les trois alternatives que voici :

Ou bien la syphilis de la nourrice dérive, en effet, comme le prétend cette femme, d'une contagion reçue de son nourrisson;

Ou bien, inversement, il est possible que la syphilis de l'enfant ait procédé d'une contagion reçue de la nourrice;

Ou bien, enfin, il n'est pas impossible que ces deux syphilis soient étrangères l'une à l'autre et se trouvent simplement réunies par le hasard sous le même toit.

De ces trois alternatives choisissons, pour l'étudier en détail, celle qui est de beaucoup la plus commune, à savoir celle où la syphilis de la nourrice a dérivé de la syphilis du nourrisson.

Dans cette hypothèse les choses, nécessairement, ont dû se présenter comme il suit :

I. — La nourrice a dû entrer saine, j'entends indemne de syphilis, dans la famille de l'enfant ou, s'il ne s'agit pas d'une nourrice sur lieu, a dû recevoir saine à son foyer ledit enfant.

Et, dans ce cas, son état d'intégrité par rapport à la syphilis a dû, comme d'usage être constaté par des témoignages authentiques, par des certificats médicaux.

II. — Au delà, c'est l'enfant qui a dû, *le premier*, présenter quelque symptôme afférent à la syphilis (syphilides cutanées, érosions à la bouche, dépérissement, etc.).

III. — Puis, après un certain temps d'environ quelques semaines, de vingt à vingt-cinq ou trente jours, la nourrice a dû présenter une lésion, un bouton, une éraillure, siégeant sur le sein. C'est là l'avènement de la syphilis sous forme d'un chancre.

IV. — Quelques semaines (6 à 7) ont dû se passer

(1) Extrait du *Bulletin médical*, n° 98, p. 1129, 5 déc. 1897.

de la sorte. Puis, alors, s'est produite sur la nourrice ce qu'on appelle l'explosion secondaire, sous forme d'accidents à la peau, de boutons à la bouche, d'angine, de malaise général avec ou sans fièvre, de lassitude, de douleurs de tête, de douleurs dans les membres, etc.

Eh bien, recherchons si l'ensemble du cas particulier qui s'impose à notre examen correspond au schéma obligatoire, conforme aux lois d'évolution de la syphilis, que je viens de tracer.

I. — Premier point. — Immunité de la nourrice à l'époque où elle a reçu l'enfant.

Pour établir ce point majeur de quels éléments disposons-nous? Des trois suivants :

a) Pièces médicales; certificats.

b) Examen de l'enfant de la nourrice.

c) Si la nourrice est mariée, examen de son mari.

a) Pièces médicales. — La règle est qu'une nourrice soit examinée médicalement : 1° par le médecin-inspecteur des nourrices de son département; 2° à son arrivée à Paris, par le médecin-inspecteur des nourrices de la préfecture. Le plus souvent aussi, elle subit un examen, avant d'entrer dans une famille, de la part du médecin de cette famille.

Voilà donc toute une série de certificats et de témoignages à consulter d'où ressortira ce premier et significatif résultat, à savoir : que, soumise à plusieurs examens médicaux, la nourrice a été trouvée indemne de tout accident spécifique à époque déterminée, c'est-à-dire avant d'avoir reçu l'enfant qui, d'après son dire, l'aurait contagionnée.

b) En second lieu, ne manquez jamais d'examiner l'enfant de la nourrice. Pourquoi? Parce qu'en fait de syphilis l'intégrité de l'enfant est un critérium de l'état syphilitique ou non syphilitique de la mère. C'est une « pierre de touche » de la santé de la mère, comme a dit Tardieu.

Que ce critérium ne soit pas rigoureusement démonstratif, je l'accorde. Car on a vu, par exception rares, des femmes syphilitiques amener à terme des enfants vivants et sains, sains au moins en apparence et pour un temps donné. Mais est-ce là le cas pour une femme en état de syphilis secondaire comme est la nourrice? La syphilis secondaire qui bat son plein ou bien tue l'enfant avant sa naissance, ou bien lui confère héréditairement la syphilis. Telle est la règle qui ne souffre guère d'exceptions.

Donc, l'immunité de l'enfant constitue, sinon un témoignage absolument démonstratif de l'immunité de la mère, tout au moins une présomption de la plus haute valeur en ce dernier sens.

c) De même, si la nourrice est mariée, examinez son mari. Et cela pour la même raison, c'est-à-dire parce que l'état d'immunité de ce mari vis-à-vis de la syphilis constituera tout naturellement un appoint en faveur de l'état d'immunité antérieure de la nourrice.

II. — Second point. — En second lieu, cherchons à établir, s'il est possible, quelle est de ces deux syphilis (la syphilis du nourrisson et la syphilis de la nourrice), celle qui est entrée en scène la première, celle qui a sur l'autre l'*antériorité chronologique.*

Je suppose que vous parveniez à démontrer ceci :

Que l'enfant est tombé le premier malade; — qu'il a eu pendant quelques semaines tels ou tels accidents (par exemple, éruptions sur le corps, plaques muqueuses à la bouche, à l'anus, dépérissement progressif, émaciation); — que, pendant tout ce temps, la nourrice est restée saine; — puis qu'un certain temps après, seulement, cette nourrice a commencé à présenter ses premiers accidents de syphilis.

De la priorité chronologique de la syphilis de l'enfant par rapport à celle de la nourrice, il résultera, en pleine évidence, que la syphilis de l'enfant a pu être cause de la syphilis de la nourrice.

N'oublions donc jamais d'essayer de fixer cette antériorité chronologique et de la consigner dans notre rapport, d'autant que cette considération, qui repose tout entière sur le bon sens, est de celles qui sont de nature à impressionner le plus vivement les gens du monde et, à ce titre, le tribunal.

D'autre part, cependant, sachons à l'avance qu'il ne nous sera pas toujours possible de déterminer catégoriquement cette antériorité chronologique. Car la démonstration de ce fait, si elle peut quelquefois être formelle, peut aussi rester plus ou moins équivoque. Elle ne repose, pour l'expert, alors qu'il n'a pas assisté *de visu* à l'évolution des accidents, que sur des allégations, des souvenirs, des témoignages plus ou moins précis. De plus, il n'est pas impossible que les premiers accidents du nourrisson, alors qu'ils ont été légers, aient passé inaperçus, auquel cas, le chancre de la nourrice, qui en a dérivé, semble être le premier accident qui ait occupé la scène. D'où le risque, en l'espèce, d'intervertir les rôles et de rendre une nourrice, qui a été infectée par un enfant, responsable de la syphilis qu'elle a reçue de lui.

III. — Troisième point. — Il y aura des raisons

pour autoriser à croire que la syphilis de la nourrice a pu dériver de la syphilis du nourrisson si les trois conditions suivantes se trouvent réalisées :

1° Si l'expert constate sur la nourrice l'existence d'un chancre et, plus spécialement encore, d'un chancre mammaire;

2° Si l'expert constate sur la nourrice l'existence d'accidents syphilitiques ayant succédé à ce chancre suivant l'évolution normale d'une syphilis de contamination récente;

3° Et, enfin, si le chancre de la nourrice s'est produit à échéance telle qu'il ait pu dériver d'une contagion reçue de l'enfant.

Nous arrivons ici à la partie véritablement médicale de l'expertise.

1° L'expert constate l'existence d'un chancre, et d'un chancre mammaire, sur la nourrice.

D'une façon générale, le chancre veut dire ceci, tout à la fois :

C'est que le sujet qui en est porteur : 1° a été victime d'une contamination syphilitique; 2° d'une contamination toute récente, datant de quelques semaines au plus; et 3° d'une contamination qui s'est exercée là où ce chancre a fait élection de siège.

Voyez donc, en raison de la triple signification de cet accident, de quelle utilité est la constatation du chancre sur la nourrice, soit qu'on le retrouve à l'état de plaie ouverte, soit qu'on n'en découvre que les signes posthumes (macule, cicatrice, induration, adénopathie). Tout est là, médicalement, pour démontrer l'infection de la nourrice.

Et voyez aussi quelle importance prend surtout, dans le cas actuel, la localisation spéciale du chancre sur la région mammaire. N'est-ce pas au sein plus qu'ailleurs qu'a chance de s'exercer une contamination spécifique dérivant du nourrisson? D'une part, en effet, les syphilides buccales et le jetage nasal figurent au nombre des manifestations les plus communes de la syphilis héréditaire; — et, d'autre part, les conditions diverses de l'allaitement (contacts répétés et prolongés chaque jour entre le mamelon et la bouche de l'enfant, humectation des parties, fréquence des gerçures, des excoriations du sein) sont merveilleusement faites pour qu'une contamination se produise. On l'a dit, d'ailleurs, avec toute justice : les risques d'inoculation par l'allaitement sont cent fois supérieurs à ceux du rapport sexuel. On échappe fréquemment, comme le démontre l'expérience, à la contagion du commerce sexuel; tandis qu'il est très rare de voir des nourrices échapper à l'infection au contact d'un enfant syphilitique.

Aussi bien le chancre mammaire est-il par excellence le chancre des nourrices.

Gardez-vous cependant d'exagérer la signification du chancre mammaire et de le considérer, à l'instar des gens du monde, comme un témoignage irréfragable de contamination reçue d'un nourrisson.

C'est qu'en effet ce chancre peut résulter de n'importe quel contact ayant pour résultat de transporter sur le sein le contage syphilitique. La preuve en est qu'on le rencontre assez fréquemment sur le sein de femmes qui ne nourrissent pas, transporté là, suivant le mot de Ricord, par la bouche de « nourrissons adultes ». La preuve encore, c'est qu'on le rencontre encore sur le sein de l'homme. Même une nourrice peut, tout comme une femme qui ne nourrit pas, recevoir au sein la syphilis d'une bouche adulte.

J'ai été mêlé, pour ma part, pour un fait de ce genre, à une action judiciaire, et il ne sera pas sans intérêt de vous raconter cette histoire pour vous montrer les surprises qui peuvent se produire dans ces sortes d'affaires et qui risquent d'égarer le jugement du médecin chargé de l'expertise. J'ai observé ce cas avec un vieux camarade d'internat, médecin des plus distingués, M. le Dr Schloss.

Il y a quelques années, une nourrice entre ici dans nos salles, affectée d'un chancre typique du sein, chancre flanqué de son adénopathie axillaire et bientôt suivi d'accidents secondaires des plus classiques. A sa sortie, elle me demande un certificat constatant les accidents pour lesquels je l'ai traitée. C'était son droit de réclamer de moi ce certificat, et c'était mon devoir de le lui délivrer. Ainsi je fis, dans des termes d'ailleurs qui spécifiaient strictement la nature du mal et la date d'entrée et de sortie de l'hôpital.

Tout aussitôt, munie de ce certificat, cette femme attaque en justice les parents de son nourrisson, les accusant de lui avoir confié un enfant qui avait la vérole.

Tout aussitôt, également protestation des parents. « Nous n'avons pas la vérole, disent-ils, et notre enfant ne l'a pas plus que nous, à moins qu'il ne l'ait gagnée de sa nourrice. »

Protestation non moins vive de leur médecin, le Dr Schloss, qui vient me trouver et me dire : « Je suis le médecin de cette famille de très vieille date. J'ai assisté la femme dans plusieurs de ses couches, je connais ses enfants et jamais je n'ai constaté, sur

aucun des membres de la famille, aucun signe de vérole. »

J'examine le nourrisson. — Sain! J'examine le père et la mère. — Tous les deux sains!

Eh bien, leur dis-je, après cet examen, ce n'est sûrement pas votre enfant qui a donné la syphilis à votre ex-nourrice. Mais vous allez néanmoins aller en justice. Défendez-vous; ouvrez une enquête, et cherchez comment cette femme a pu contracter une telle maladie au moment où elle nourrissait votre enfant.

Ils cherchèrent, en effet, et, de l'enquête qui fut ouverte, il résulta ceci : que ladite nourrice allait tous les jours au petit square du Gymnase, rendez-vous habituel des hébés du quartier, « pour faire prendre l'air à l'enfant »; mais qu'arrivée là, elle s'empressait de confier l'enfant à telle ou telle nourrice de sa connaissance, pour s'en venir passer une heure ou deux dans un cabaret voisin, cabaret mal famé, auquel étaient annexés, dans l'arrière-boutique, des cabinets propices à la prostitution et où elle recevait, paraît-il, nombre de clients.

Dès lors, tout s'expliquait et s'expliquait assez bien pour que la nourrice, dès qu'elle eût connaissance du renseignement obtenu sur elle, abandonnât elle-même la poursuite judiciaire qu'elle avait intentée aux parents. Et trop heureuse fût-elle d'échapper à une poursuite reconventionnelle pour sa tentative de chantage.

2° C'est encore une raison pour autoriser à croire que la syphilis de la nourrice a pu dériver du nourrisson si, consécutivement au chancre, la nourrice a présenté une série d'accidents constitutionnels, et cela suivant l'évolution normale de la syphilis, c'est-à-dire : après l'accident local, période *silencieuse* de quelques semaines, puis, explosion de phénomènes nouveaux de l'ordre de ceux que l'on désigne sous le nom d'accidents généraux.

Vous me direz peut-être : mais, puisque déjà nous avons constaté un chancre sur la nourrice, chancre qui suffit à lui seul pour attester l'infection de cette femme, pourquoi réclamer cette autre condition d'une syphilis ayant continué à évoluer suivant son mode usuel? C'est qu'il est des raisons — il en est trois au moins — pour lesquelles l'expert a le devoir, en l'espèce, de démontrer devant le tribunal ce que j'appellerai l'état de syphilis secondaire, de syphilis constitutionnelle de la nourrice. Et ces trois raisons les voici :

1° D'abord, il n'y a *jamais excès de preuves* en affaires scientifiques et surtout en questions judiciaires.

2° En second lieu, ai-je à vous rappeler que, dans les expertises de ce genre, on arrive souvent trop en retard pour qu'il soit facile d'affirmer le chancre d'une façon bien certaine? On est donc trop heureux, pour faire la preuve de la syphilis de la nourrice, de disposer des accidents qui témoignent de la syphilis, et tout spécialement, d'une syphilis secondaire, c'est-à-dire jeune encore, pouvant se rattacher chronologiquement à une contamination récente reçue du nourrisson.

3° Enfin le chancre, ainsi que je l'ai tant de fois répété, est une de ces lésions sur lesquelles une erreur est toujours, non pas seulement possible, mais facile à commettre. Diagnostiquer la syphilis de par le chancre et le chancre seul est toujours périlleux. Plus de méprise à craindre, au contraire, lorsqu'on a, pour diagnostiquer la syphilis, tout l'ensemble de ces manifestations secondaires et, en plus, l'évolution particulière de la maladie.

4° Je dis, en troisième lieu, qu'il y a raison d'admettre une filiation possible, voire probable, de la syphilis du nourrisson à celle de la nourrice, si cette filiation est conforme aux lois chronologiques de la contagion syphilitique; — comme aussi, au cas inverse, de récuser cette filiation.

Le chancre, vous le savez, ne fait jamais son éclosion qu'après un certain laps de temps au delà du moment où la contagion s'est produite; — laps de temps qui s'appelle incubation et qui oscille en moyenne entre vingt et un et vingt-cinq jours.

Sur cette base apprécions les deux ordres de faits suivants :

1° Voici une nourrice qui, affectée depuis quelques jours, je suppose, d'un chancre du sein, accuse son nourrisson de lui avoir transmis son mal. Or, ce nourrisson, je le suppose encore, elle l'allaite depuis deux mois. En de telles conditions, il y a tout lieu de croire son dire vrai, j'entends il y a tout lieu d'admettre qu'elle a pu recevoir la syphilis de ce nourrisson. Pourquoi? Parce qu'une incubation de trois semaines suffit à l'éclosion du chancre. Si donc ladite nourrice allaite l'enfant depuis deux mois, terme bien supérieur à celui qui est nécessaire à l'incubation du chancre, il y a eu tout le temps voulu pour qu'une contagion contractée de l'enfant se révèle sur elle par un chancre.

Dans cette première alternative il y a toute vrai-

semblance pour que la syphilis de la nourrice dérive du nourrisson.

2° Mais prenons le cas inverse. Voici une autre nourrice qui, entrée saine d'apparence dans une famille pour donner le sein à un nourrisson, vient à présenter, dix jours plus tard, je suppose une lésion mammaire, laquelle s'atteste bientôt pour un chancre. Tout naturellement elle accuse aussi son nourrisson de lui avoir transmis son mal, et cela (le plus souvent, je le reconnais) de la meilleure foi du monde. Eh bien, vous, expert, accepterez-vous son dire? Non certes Et pourquoi? Parce qu'un laps de temps de dix jours est inférieur au temps qu'exige l'incubation du chancre. Ce chancre ne saurait provenir d'une contagion émanée du nourrisson incriminé. Il faut que la contagion, dont l'origine sera à rechercher, ait été antérieure à l'époque où la nourrice a commencé à donner le sein à ce nourrisson, et antérieure de dix à quinze ou même vingt jours.

Et, en effet, qu'apprend la clinique quand on approfondit les cas de ce dernier ordre? Ceci, presque invariablement : c'est que la contagion dérive non pas du nourrisson actuel, mais d'un nourrisson antérieur, affecté de syphilis, auquel la nourrice a donné le sein avant d'entrer dans sa nouvelle place. C'est là l'histoire commune de toutes les nourrices dites *en incubation de syphilis*, histoire qui se résume en deux mots de la façon suivante :

Une nourrice saine entre dans une famille et là donne le sein à un enfant affecté d'hérédo-syphilis. — Puis pour une raison quelconque, soit surtout parce qu'effrayé des accidents survenus sur l'enfant, le médecin de la nourrice a fait suspendre l'allaitement, soit parce que le nourrisson est mort, elle quitte sa place. Elle revient alors à son bureau de nourrices, puis à la Préfecture; là, où on la trouve saine, et elle obtient un nouveau certificat, grâce auquel elle rentre dans une deuxième famille. Puis, quelques jours après, un chancre lui éclot sur le sein, du fait de la syphilis qu'elle a contractée de son premier nourrisson.

Alors, tout naturellement, elle contamine son second nourrisson, d'une part, et, d'autre part, elle accuse celui-ci de lui avoir transmis son mal.

Ainsi exposée, l'histoire est des plus simples. Mais jetez sur elle le voile de plusieurs mois écoulés à l'époque où intervient l'expertise et l'obscurité de renseignements incertains, dénaturés, contradictoires, et vous concevrez sans peine les difficultés qu'éprouvera l'expert pour répondre à la question que lui pose le tribunal sur la légitimité de l'accusation formulée par la nourrice.

En résumé, cependant, de deux choses l'une :

Ou bien l'expert trouvera que le chancre de la nourrice s'est produit à terme tel qu'on s'it autorisé à le considérer comme dérivant d'une contamination issue du nourrison incriminé;

Ou bien il trouvera que ce chancre est éclos trop prématurément après le début de l'allaitement pour que la contagion ait pu dériver dudit nourrisson.

Et tel on tel de ces cas, il le consignera dans son rapport.

*
* *

Voilà terminées les considérations que j'avais à vous soumettre relativement à l'esprit suivant lequel doit être dirigée l'expertise et aux particularités d'examens, d'investigations qu'elle réclame.

Je suppose votre besogne achevée sur ce premier point. Il vous reste maintenant à prendre la plume pour rédiger le *Rapport*, contenant le résultat de vos recherches et les conclusions auxquelles elles vous permettent d'aboutir.

Le Rapport, c'est là ce qui embarrasse, voire effraie le plus les jeunes praticiens qui n'ont pas l'habitude de ces sortes de dépositions écrites destinées à comparaître devant un tribunal. Eu fait, cela n'a rien que de fort simple. Une bonne observation clinique interprétée par le bon sens, voilà le meilleur rapport du monde. Dites ce que vous avez constaté et ajoutez à cela des conclusions prudemment déduites, et c'est tout.

Mais, à ce propos, deux recommandations, au passage. Dans la rédaction et l'allure de votre rapport soyez et restez purement médecin. N'excédez pas votre mandat et votre compétence par des incursions hors du domaine médical. Ne vous faites pas juges; n'abordez pas les questions qui regardent les magistrats. On ne vous demande qu'une opinion médicale et une interprétation médicale sur des fait de pure clinique. Tenez-vous en là.

En second lieu, pour votre rédaction, pesez bien les termes qui vous viendront sous la plume. Votre rapport, vous le savez, est destiné à être discuté, controversé, combattu, c'est-à-dire épluché mot par mot. Donc, attention à votre prose! Il est si facile de dire plus ou moins (surtout plus) qu'on ne veut dire, quitte à s'en repentir plus tard, mais trop tard.

Enfin vous voici à l'œuvre pour la rédaction de votre rapport.

Ce rapport, si vous m'en croyez, divisez-le pour le rendre méthodique, en quatre parties que nous appellerons :

I. Préambule;

II. Exposé des faits et constatations médicales;

III. Discussion;

IV. Conclusions.

I. — Pour le *Préambule* (qui n'est pas sans embarrasser le novice), il est tout fait, il a son rituel, ses formules, que voici :

Je soussigné, docteur en médecine de la Faculté de ....., demeurant à ..., commis par M. le Président du tribunal à l'effet de...

(Ici copier textuellement le texte de commission rogatoire qui vous a délégué comme expert et le copier entre guillemets.)

Serment préalablement prêté, déclare avoir procédé à l'expertise médico-légale qui m'était confiée, et, pour cela, avoir pris d'abord connaissance de tous les documents contenus au dossier, puis avoir successivement examiné la nourrice A, son enfant, son mari, et le nourrisson B.

Ces examens divers m'ont conduit à la constatation des faits suivants :

II. — Seconde partie : *Exposé des faits et constations médicales.*

Pour la méthode et la clarté, divisez cette seconde partie en autant de paragraphes que vous avez examiné de personnes, en relatant dans chacun d'eux ce qui les concerne exclusivement. A savoir : nourrice; — nourrisson; — enfant de la nourrice; — mari de la nourrice, etc.

1° Examen de la femme A (la nourrice).

Commencez ici par placer un court résumé des déclarations que vous avez reçues de cette femme. Exemple :

La femme A est âgée de ... Elle déclare avoir toujours joui d'une bonne santé. Elle s'est mariée à tel âge. Elle a en tant d'enfants, et à telles époques. Elle est accouchée pour la dernière fois le ...

A telle date elle a reçu le nourrisson B.

Elle a constaté sur cet enfant tels et tels symptômes à telles et telles époques.

Elle-même a commencé à présenter un bouton au sein à telle date; puis elle a présenté successivement tels ou tels autres accidents, pour lesquels elle a été traitée de telle ou telle façon par le ou les Drs X., Y.

(Tout cela entre guillemets, car c'est une déclaration que vous reproduisez.)

Puis, vous prenez la parole pour votre compte en disant :

J'ai soumis cette femme à un examen complet et constaté sur elle, à telle date, les symptômes suivants.

Décrire alors ce que vous avez vu. — Insister surtout sur le chancre mammaire; en préciser le siège, l'étendue, l'aspect; en signaler les caractères propres à en attester la qualité chancreuse, c'est-à-dire l'induration, notamment.

Décrire de même l'adénopathie axillaire.

Dire les lésions secondaires que vous avez pu rencontrer.

Préciser que vous avez fait l'examen vulvaire. — En donner les résultats. — Et, au cas où vous auriez rencontré là quelques lésions secondaires, décrire minutieusement ces lésions, de façon à ne pas laisser de doutes possibles sur la qualité secondaire de ces lésions. De cela vous savez le pourquoi par ce qui précède.

2° et 3°. Examen de l'enfant ou des enfants de la nourrice; — examen du mari de cette femme.

Dans chacun de ces chapitres, détailler les résultats négatifs de votre examen. Dites que vous n'avez rien trouvé, bien qu'ayant inspecté telle, telle ou telle région.

4° Examen du nourrisson B. — Décrire ici l'enfant comme aspect général, comme physionomie, comme degré de développement.

Décrire les symptômes relevés sur lui : syphilides cutanées; — syphilides muqueuses et, spécialement, syphilides buccales ou péri-buccales; — coryza; — état des ongles; — gommes; — lésions osseuses, etc.

Spécifier surtout ce fait négatif que nulle part vous n'avez constaté d'accident primitif, ou quoi que ce soit qui ressemble à un chancre.

III. — Troisième partie : *Discussion.*

C'est la seule partie qui exige de vous un peu d'art pour coordonner les documents multiples que vous avez recueillis, pour mettre en valeur les points que vous croyez les plus propices à la manifestation de la vérité, et pour faire passer dans l'esprit du tribunal la conviction que vous a laissé un examen approfondi de l'affaire.

S'agit-il, par exemple, d'un de ces cas simples, où bien manifestement, la nourrice a reçu la syphilis d'un enfant hérédo-syphilitique, dites ceci :

Des documents et des constatations médicales précités, il résulte, en somme :

1° Que la nourrice A et l'enfant B sont l'un et l'autre affectés de syphilis (puisque vous avez trouvé sur l'un et sur l'autre des manifestations non équivoques de syphilis se traduisant par ceci et cela).

2° Que, d'après divers témoignages annexés au dossier, les manifestations de syphilis se sont produites *en premier lieu* sur l'enfant B.

3° Que cet enfant doit sûrement les accidents en question à une infection héréditaire ; — ce que démontrent :

A. — L'absence de tout chancre constatée sur lui;

B. — L'invasion précoce, dès les premières semaines, d'accidents de l'ordre de ceux qu'on appelle les accidents constitutionnels de la syphilis;

C. — Divers symptômes propres à l'infection syphilitique héréditaire (coryza, pemphygus, décrépitude infantile, stigmates de dystrophie native, etc.).

4° Que la nourrice A était bien certainement indemne de syphilis lors de son entrée dans la famille de l'enfant ou lorsqu'elle a reçu cet enfant; — ce que démontrent :

A. — Les certificats émanant des Drs X et Y;

B. — L'état d'intégrité médicalement constaté de son enfant et de son mari.

5° Que l'infection de cette nourrice a résulté d'un chancre mammaire ; — et *exclusivement* d'un chancre mammaire, un examen complet ayant démontré la non existence d'un autre chancre situé n'importe ailleurs, notamment aux parties génitales.

6° Que la qualité syphilitique de cet accident mammaire en tant que chancre a été confirmée par l'évolution normale d'accidents syphilitiques secondaires survenus en leur temps.

7° Et, enfin, que ce chancre est éclos à échéance telle qu'il y a lieu de le rapporter à une contamination subie au cours de l'allaitement.

A cela ajoutez encore, si besoin est, toutes autres considérations que vous pourrez croire nécessaires à élucider tel ou tel point particulier.

Puis terminez par un résumé où vous déclarerez qu'en somme l'ensemble des raisons précitées autorise à croire que la contamination de la nourrice a pu procéder, conformément aux lois de la contagion syphilitique, de l'état syphilitique de l'enfant.

IV. — Dernière partie : *Conclusions.*

Autant le chapitre précédent vous laissait une absolue liberté pour ouvrir une discussion aussi étendue que vous le jugiez convenable sur tous points considérés par vous comme afférents à la cause, autant ici l'obligation vous incombe d'être précis, concis, et de répondre exclusivement aux questions qui vous sont posées par le tribunal. Il convient d'y répondre non seulement dans les termes mêmes où elles vous sont posées, c'est-à-dire sans y rien modifier, mais d'y répondre sans commentaires et, passez-moi la comparaison, en style de catéchisme.

Exemple :

Le tribunal vous demande :

1° La nourrice A est-elle affectée de syphilis?

Répondez : Oui, la nourrice A est affectée de syphilis.

2° Le nourrisson B est-il affecté de syphilis ?

Répondez : Oui, le nourrisson B est affecté de syphilis.

3° Est-il des raisons qui autorisent à croire que la syphilis de la nourrice A puisse dériver de la syphilis du nourrisson B.

Répondez : il est des raisons qui autorisent à croire que la syphilis de la nourrice A puisse dériver de la syphilis du nourrisson B.

Et rien de plus. Car le pourquoi de chacune de vos réponses se trouve compris dans les chapitres 2 et 3 de votre rapport, à savoir dans le chapitre de *l'exposé des faits et des constatations médicales* et dans le chapitre intitulé *Discussion*.

Au chapitre des Conclusions, le tribunal veut trouver votre pensée, votre avis, à vous expert, votre pensée dégagée de tout commentaire qui puisse créer une équivoque. Répondez donc en conséquence.

Un dernier mot. Je vous avais annoncé qu'une faute, une grosse faute était facile à commettre au chapitre des Conclusions. Cette faute consiste en ceci : une affirmation catégorique de la filiation des deux syphilis en présence. Je précise. Elle consiste dans une conclusion qui serait ainsi formulée, je suppose :

« Des documents annexés au dossier et des constatations médicales précitées, il résulte que la syphilis de la nourrice A lui a été transmise par le nourrisson B. »

Eh bien, je dis que conclure en ces termes est commettre une faute contre la clinique et contre le bon sens, et cela dans tous les cas possibles. Et j'insiste afin de bien mettre en garde contre cette faute les jeunes praticiens encore inexpérimentés. Jamais un

médecin n'a le droit de produire une pareille affirmation.

Pourquoi ? Parce qu'il n'a pas et ne saurait avoir la certitude absolue, mathématique, que, même dans les cas les plus clairs, les plus simples, la syphilis de la nourrice dérive de la syphilis de l'enfant. A-t-il vu la syphilis passer de la nourrice à l'enfant ? Donc, s'il n'a pas vu telle chose, il n'a pas le droit de l'affirmer, surtout en justice. Car en justice on n'a le droit de déclarer et d'affirmer ce que l'on a vu ou entendu.

Et la preuve de ce fait, la voici :

Dans quelle situation se trouverait l'expert qui aurait hasardé une telle affirmation, en déclarant que la syphilis de la nourrice dérive sûrement de la syphilis de l'enfant, s'il venait à être établi par les débats :

Ou bien (comme dans un cas au sujet duquel j'ai été consulté) que la nourrice, dont le nourrisson têtait mal, avait coutume, pour se dégorger les mamelles, de se faire téter, au jardin des Tuileries, par tel on tel enfant inconnu que lui prêtait une de ses compagnes; — ou bien qu'elle se laissait embrasser les seins par le valet de chambre de la maison, lequel était affecté de syphilis; ou bien encore (comme dans le cas que j'ai observé avec mon ami le Dr Schloss) qu'elle allait régulièrement chaque jour se livrer à la prostitution dans l'arrière-boutique d'un cabaret mal famé?

Vous représentez-vous la situation piteuse de l'expert devant un avocat lui jetant au nez, en plein tribunal, de tels arguments, accompagnés de remarques ironiques et d'indignations retentissantes.

Voyez donc où peut mener une affirmation excessive, inconsidérée. Le propre de nos conclusions est de rester *inattaquables* et de ne jamais dépasser la limite d'une affirmation scientifiquement et rigoureusement déduite.

D'ailleurs, remarquez-le bien, un tribunal ne demande jamais à un expert : « La syphilis de la nourrice est-elle le résultat d'une infection qui lui a été transmise par son nourrisson? » Plus sagement, il lui pose la question en ces termes : « Est-il des raisons qui autorisent à croire que la nourrice ait pu être infectée par son nourrisson? » Répondons simplement à cette question. On ne nous demande rien de plus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er décembre. — Présidence de M. Delens.

Lymphangiome de la région crurale.

M. Segond. — La récente communication de M. Le Dentu (Voir *Gazette Médicale*, 1897, p. 570) m'a remis en mémoire un fait de lymphangiome de la région crurale que j'ai observé en 1890, chez une femme de 35 ans, à l'hôpital de la Pitié.

La tumeur datait de dix ans et n'avait jamais été le siège de la moindre douleur ; elle disparaissait presque entièrement sous l'influence d'un repos prolongé. Je crus à l'existence d'un abcès froid de la région crurale, et l'opération me montra qu'il s'agissait d'une tumeur vacuolaire à mailles plus ou moins larges, dont l'extirpation totale fut absolument impossible, parce qu'elle se prolongeait jusque dans la fosse iliaque et envoyait en outre des diverticules dans les interstices des muscles sous-jacents. La malade a parfaitement guéri, et l'examen histologique, dont les résultats ont été communiqués à cette époque à la Société anatomique, a prouvé qu'il s'agissait d'un lymphangiome.

Abcès sous-phrénique.

M. Picqué. — M. Jonnesco (de Bucharest) nous a fait part d'une observation d'abcès sous-diaphrénique, formant une collection développée entre le diaphragme et le foie, et correspondant tout à fait à la description donnée par Leyden en 1879.

Il est donc une série d'autres faits qui se rattachent au chapitre des abcès sous-phréniques, bien qu'ils ne répondent pas à la même disposition anatomique.

Je puis à propos des abcès gazeux, vous citer un cas de kyste hydatique suppuré du foie que j'ai eu l'occasion d'opérer et qui renfermait une quantité considérable de gaz. Si je ne l'avais pas incisé largement, et si je n'avais constaté ainsi l'existence de vésicules hydatiques dans la poche, on aurait pu croire à un abcès gazeux sous-phrénique.

J'ai observé, chez un confrère, une collection interpariéto-hépathique à contenu gazeux, qui avait eu son point de départ dans une cholécystite calculeuse. Quelque temps après l'ouverture de cette collection, l'état du malade s'aggrava, et l'on put alors constater un épanchement pleural dans lequel il s'était fait une infection secondaire et où l'on retrouva le colibacille qui avait été isolé du liquide recueilli lors de la première intervention.

Enfin, tout récemment, j'ai opéré, à la Maison municipale de santé, une fillette de 13 ans présentant au voisinage de la région ombilicale une collection purulente à contenu gazeux qui remontait assez haut dans la direction du foie et que j'ai pu ouvrir largement en pratiquant une incision sur le bord externe du muscle droit.

M. Jalaguier. — Au commencement de l'année 1896, j'ai opéré un enfant chez lequel on avait porté le diagnostic de pleurésie diaphragmatique enkystée. L'ouverture du thorax, pratiquée au niveau de la neuvième côte, montra que le sinus pleural était effacé et qu'il n'y avait pas d'épanchement dans la plèvre. L'incision du diaphragme me permit alors d'évacuer une collection gazeuse abondante.

Cholédochotomie.

M. Quénu. — La communication de M. Lejars a ramené l'attention sur la cholédochotomie. J'ai pu réunir, avec M. Claisse, 95 observations relatives à cette opération, et mon expérience personnelle porte actuellement sur 6 cas, dont 3 ont été publiés.

Dans ma première observation où j'avais pratiqué la suture du canal cholédoque, des accidents d'intoxication biliaire se manifestèrent vers le quatrième jour et se terminèrent par la mort. A l'autopsie, on constata qu'à la suite d'une hémorrhagie il s'était produit une coagulation du sang à l'intérieur des voies biliaires.

Ma deuxième observation est celle que j'ai relatée il y a deux ans au mois d'avril (Voir *Gazette Médicale*, 1895, p. 197). Dans ce cas, je fis la cholédochotomie en deux temps, sans avoir essayé de suturer le cholédoque en raison de la profondeur à laquelle se trouvait la portion de ce canal qu'il fallut inciser pour en extraire un volumineux calcul. La malade a parfaitement guéri.

Dans un troisième fait, que je vous ai rapporté l'année dernière (Voir *Gazette Médicale*, 1896, p. 313), ayant suturé le canal cholédoque, je dus le rouvrir à cause de phénomènes graves de rétention biliaire; après une légère amélioration, de nouveaux accidents entraînèrent la mort.

Mes trois autres observations ont été suivies de guérison. La première fut exécutée, en décembre 1896, chez une femme de 35 ans, et, cette fois encore, je fermai le canal cholédoque; des accidents d'intoxication biliaire s'étant produits, je dus enlever les points de suture, et la guérison fut assurée; ma malade quitta l'hôpital six semaines plus tard, sans fistule biliaire.

La deuxième cholédochotomie de cette seconde série fut également terminée par la suture du canal qui ne put davantage être conservé, en raison des phénomènes de rétention biliaire qui se manifestèrent les jours suivants. Après avoir enlevé les points de suture que j'avais placés sur le canal cholédoque, je pus même introduire dans ce canal un drain qui facilita beaucoup l'excrétion de la bile. La guérison fut définitive au bout de quatre mois environ.

Enfin, dans la dernière opération, que j'ai pratiquée chez une femme de 63 ans, me rappelant les trois cas où j'avais été forcé de rouvrir le cholédoque après l'avoir suturé, je me suis abstenu de fermer le canal avec des points de suture, mais ayant pu l'amener au niveau de la paroi abdominale j'ai fait une *cholédochostomie*; la guérison a été complète au bout d'un mois.

Actuellement, instruit par les six cas que je viens de mentionner, je suis absolument d'avis qu'il ne faut pas chercher à suturer le canal cholédoque après la cholédochotomie.

(*Semaine médicale.*)

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Tenue à Paris du 21 au 23 octobre 1897.
(Suite et fin.)

Séance du 23 octobre.

Sur un cas de tumeur vésicale.

M. Pousson (de Bordeaux). — J'ai opéré, il y a une quinzaine de jours, un homme chez lequel j'avais diagnostiqué une tumeur de la vessie. Je trouvai, au cours de l'intervention, une tumeur volumineuse, qui, enlevée, présentait en un point un petit prolongement canaliculé, que je pensais de suite être l'uretère. Tout d'abord aucun incident ne suivit l'intervention. Mais au bout de quelques jours, survint de la fièvre et quelques douleurs du côté du rein. Bientôt on perçut la présence d'une tumeur lombaire : il s'agissait d'une volumineuse pyonéphrose que j'ai opérée la semaine dernière. A mon grand étonnement l'examen histologique, qui demandera à être répété d'ailleurs, aurait montré que le prolongement canaliculé dont j'ai parlé n'était pas l'uretère.

Fragmentation et expulsion spontanée des tumeurs de la vessie.

M. Desnos. — La marche des tumeurs de la vessie est essentiellement variable et présente souvent des rémissions de longue durée qui simulent une guérison. Dans quatre cas j'ai pu, grâce à des examens cystoscopiques répétés, observer de près cette évolution et saisir le mécanisme. J'ai assisté ainsi à l'élimination progressive de fragments de tumeurs qu'on retrouvait dans l'urine et que les malades expulsaient en fragments plus ou moins volumineux. Ces faits sont connus depuis longtemps, mais, en général, ils ne conduisent pas à une guérison ; ils signifient au contraire qu'il existe une volumineuse tumeur dont les franges se dissocient facilement. L'examen direct m'a montré que cette élimination peut s'étendre jusqu'au pédicule même de la tumeur, laquelle semble disparaître complètement. Ailleurs, le mécanisme est différent, plus curieux encore : car il s'agit de productions séniles qu'on voit peu à peu s'affaisser, sans retrouver dans les sédiments de l'urine aucun débris de tumeur.

Ces phénomènes se produisent chez des sujets âgés et peut-être faut-il voir là un exemple de la marche lente du cancer chez les vieillards. Rarement le phénomène se produit au cours d'une cystite; mais les fragments s'éliminent surtout pendant les périodes aseptiques de l'affection. Enfin, il faut peut-être attribuer une influence particulière à l'agent thérapeutique employé : tous ces malades ont été traités au moyen d'injections intra-vésicales de bleu de méthylène.

Ce dernier ne nous a pas paru posséder les propriétés qu'on lui a attribuées contre les productions cancéreuses; mais c'est un antiseptique remarquable et qui agit puissamment contre les infections vésicales. Ces faits exceptionnels montrent qu'on doit se montrer réservé dans un pronostic au sujet des tumeurs vésicales, mais ne change rien aux indications de l'intervention chirurgicale contre ces productions.

Tumeur développée dans un énorme diverticule de la vessie.

M. Nicolich (de Trieste). — A l'autopsie d'un homme de 70 ans, ancien rétréci, j'ai trouvé une vessie dilatée, à parois épaissies et à muqueuse ulcérée. Sur le côté droit de la vessie, derrière l'urèthre, se trouvait un orifice de deux centimètres de diamètre, et conduisant dans un diverticule qui avait la forme d'une vessie et qui était plus grand que la vessie même; dans ce diverticule s'était développé une tumeur villeuse de gros volume.

De la voie sous-symphysaire pour aborder l'urèthre féminin.

M. Legueu (de Paris). — On a rarement l'occasion de pratiquer sur l'urèthre féminin les opérations complexes, que nécessitent les inflammations plus profondes de l'urèthre de l'homme. Dans certains cas, cependant, il est nécessaire de sectionner l'urèthre sur une grande longueur, soit pour enlever un rétrécissement, soit pour poursuivre des polypes qui se prolongent à une certaine profondeur. L'urétbrotomie externe pratiquée sur la paroi inférieure, la section de la cloison uréthro-vaginale se répare rarement par réunion primitive; la désunion laisse une fistule, une brèche qu'il faut plus tard combler. C'est pour remédier à cet inconvénient que j'ai eu l'idée de choisir de préférence la paroi supérieure de l'urèthre pour pratiquer l'urétbrotomie externe chez la femme. Voici le manuel opératoire auquel je donne la préférence : l'urèthre est séparé de la symphyse à l'aide d'une incision courbe en bas, qui circonscrit la circonférence supérieure du méat et se prolonge de chaque côté sur les parties latérales du vestibule. L'urèthre, ainsi décollé aussi loin qu'il est nécessaire, est abaissé avec la paroi vaginale correspondante; dès lors, la paroi uréthrale supérieure est largement accessible, elle peut être incisée jusqu'à la vessie, s'il est besoin. Une fois l'opération terminée, la brèche uréthrale est comblée par la suture : les parois uréthrales sont adossées, la brèche du vestibule est fermée par une suture à étages: et si la réunion échoue, il se produira un simple décollement et non pas une fistule.

J'ai eu recours à ce procédé pour extirper, chez une malade, des polypes qui s'étendaient à toute la longueur de l'urèthre, et jusque près du col de la vessie. L'urèthre, une fois décollé fut incisé dans toute la longueur de la paroi supérieure, jusqu'au delà de la symphyse; l'ablation des polypes fut faite à l'aide de ciseaux et du thermo-cautère, et la plaie fermée comme je l'ai dit.

Malgré une désunion superficielle occasionnée par le séjour d'une sonde à demeure, la plaie s'est formée en trois semaines; et la malade, complètement guérie, ne porte qu'une petite cicatrice sus uréthrale, comme vestige de l'opération.

M. Forgue. — Le procédé de décollement sous-symphysaire, dont M. Legueu vient de nous parler comporte des applications diverses à la chirurgie de l'urèthre chez la femme. Dans un cas de large fistule, ayant succédé au débridement de l'urèthre et du col vésical, une première tentative de suture avait échoué en raison de la rétraction cicatricielle des parties, de l'étendue de la fistule et de la tension des fils. Dans une seconde intervention, on fait préalablement la dissection sous-symphysaire de l'urèthre; grâce à cette mobilisation, nous avons pu facilement procéder à un avivement total de l'orifice fistuleux et à sa suture à deux plans, par des points sans tension. Nous avons donc, dans ce procédé opératoire, un moyen applicable non seulement à l'urétbrotomie, mais à l'uréthroplastie.

Corps étrangers de la vessie.

M. Picqué (de Paris). — J'ai fait deux tailles pour corps étrangers de la vessie. Dans le premier, il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital pour salpingite. Pendant l'examen, la malade laissa échapper un jet d'urine sanglante, ce qui permit, par l'examen vésical qui fut fait, d'établir le diagnostic de corps étranger de la vessie. La taille vaginale fut pratiquée, et fit découvrir dans la vessie un fragment de porte-plume en ivoire de dix centimètres de longueur environ, dont une extrémité était entourée d'un gros calcul.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme présentant un rétrécissement de l'urèthre, avec quelques légers phénomènes vésicaux.

L'uréthrotomie fut pratiquée et comme les phénomènes de cystite ne cessaient pas, je pratiquai l'examen vésical, qui me permit de diagnostiquer la présence d'un gros calcul. Par la taille hypogastrique, je mis à découvert un calcul blanchâtre, autour duquel était enroulée une bougie conductrice d'uréthrotomie qu'il avait subie antérieurement.

Cinq cas de polypes uréthraux.

M. Janet (de Paris). — Les polypes de l'urèthre, si fréquents chez la femme, sont loin d'être rares chez l'homme.

On peut les diviser en polypes de la fosse naviculaire, visibles à l'œil nu, et polypes profonds, accessibles seulement à l'endoscope.

Parmi les polypes profonds, les uns sont liés au processus scléreux du rétrécissement; les autres sont indépendants de ce processus. Nous ne nous occuperons que de ces derniers.

Nous en avons observé cinq cas.

Ils nous permettent de diviser cette classe de polypes uréthraux en polypes lisses vermiformes, qui, dans quatre de nos observations, étaient toujours uniques et fixés à la paroi inférieure du bulbe, et en polypes papillomateux multiples et disséminés sur des points quelconques de l'urèthre antérieur. Nous n'en avons jamais rencontré dans l'urèthre postérieur. Dans un de nos cas, des polypes papillomateux multiples coincidaient avec un polype lisse vermiforme du bulbe.

L'ablation de ce polype se fait à l'aide du serre-nœud pour les polypes vermiformes, à l'aide de la curette et du galvanocautère pour les polypes papillomateux. Ces derniers ont une plus grande tendance à la récidive que les premiers.

Ces observations doivent nous engager à recourir à l'endoscopie uréthrale dans tous les cas d'uréthrite chronique rebelle au traitement.

Syphilome diffus de la verge.

M. Glantenay (de Paris). — Voici une observation assez rare; il s'agit d'un homme de 30 ans, ayant eu une syphilis certaine, traitée seulement pendant quinze jours, et qui vit se développer, quatre ans après le chancre, une induration de l'urèthre. Le syphilome diffus de l'urèthre transformait le canal en un cordon dur du frein préputial, au fond du périnée, il y avait sur le gland des syphilides tuberculo-ulcéreuses. Le résultat de ces lésions étaient des mictions fréquentes et douloureuses; un jet éparpillé en éventail.

Le malade fut soigné par M. Fournier, et, rapidement, un traitement spécifique amena une guérison à peu près complète; cessation des troubles fonctionnels et disparition de l'induration, sauf un tout petit noyau au niveau du frein.

Le principal intérêt de cette observation réside surtout dans sa rareté. L'un des travaux les plus importants sur la question est, à ma connaissance du moins, le mémoire publié par M. Albarran (*Semaine Médicale*, 31 octobre 1894). M. Fournier a fait connaître les trois premières observations probantes (*Leçons sur la syphilis tertiaire*, 1895). Depuis, cinq autres observations ont été publiées par W. Johson, Zeissl, Browson et Harrisson, et M. Albarran.

Dans quelques recherches rapidement faites, je n'ai trouvé qu'une observation postérieure au travail de ce dernier auteur, publiée par M. Mauriac (*Traité de la syphilis tertiaire*, 1890), et encore le syphilome était limité à la portion glandaire de l'urèthre.

On admet, en général, que cette lésion du canal peut se produire par deux processus. Des syphilides ayant débuté au niveau du gland peuvent envahir consécutivement le canal ou bien prendre naissance primitivement dans ce dernier. Le premier cas est d'observation relativement banale. Le deuxième, tout à fait rare, et c'est à lui que paraît se rapporter le cas actuel.

Il me semble que cette observation peut contribuer à éclairer la question si difficile des rétrécissements syphilitiques tertiaires. Si la lésion, dans ce cas, avait été abandonnée à elle-même, on peut bien penser que le ramollissement du tissu gommeux aurait pu, après cicatrisation, devenir l'origine de rétrécissements étendus et profonds.

Anatomie et développement de l'urèthre d'après des projections de préparations microscopiques.

M. Hogge (de Liège). — Voici des coupes en série de l'urèthre, de la prostate et de la vessie du nouveau-né; de la prostate d'adulte au niveau de l'utricule et des canaux éjaculateurs; puis de tout le bassin de fœtus de deux mois et demi, de trois mois et à terme.

Je déclare qu'il est imprudent de conclure des expériences faites chez l'animal sur la prostate, à ce qui doit se passer vraisemblablement chez l'homme (à propos de la castration et de la vasectomie notamment). Car rien ne permet d'assimiler complètement la prostate de l'homme, au point de vue physiologique et pathologique, à celle des animaux. Ceux-ci ont, en effet, même chez les mammifères, un système de glandes sexuelles annexes qui ne répondent que de loin le plus souvent à ce qui existe chez l'homme.

L'anatomie comparée de cet organe éclairera seule, selon moi, sa physiologie normale et anormale. Ce sont ces études difficiles et arides que je compte poursuivre.

M. Albarran. — Depuis deux ans, je poursuivis des recherches sur le développement et la structure normale de la prostate; mes travaux n'étant pas encore terminés, je tiens seulement, à propos de l'intéressante communication de M. Hogge, à confirmer certains détails et à en préciser d'autres.

Les deux agglomérations principales des glandes prostatiques se développent d'abord en arrière de l'urèthre, et finissent peu à peu par entourer complètement le canal. Chez l'adulte, les glandes forment toujours un cercle complet, mais seulement dans une portion de la

région prostatique. En avant, juste en arrière du sphincter membraneux, les glandes ne forment qu'une demi-gouttière ; de même en arrière, au niveau du col vésical, la prostate constitue une gouttière ouverte en avant ; entre ces deux points les glandes entourent complètement l'urèthre. Le sphincter strié continue le sphincter membraneux, et les glandes sont toujours au-dessous de lui, le pénétrant quelquefois par leurs culs-de-sac.

En plus des fibres musculaires, qui entourent les conduits éjaculateurs, j'ai toujours vu un véritable éperon prostatique dans toute l'étendue du verumontanum. Cet éperon est formé par des fibres musculaires lisses transversales, et par de nombreuses fibres élastiques. Les canaux excréteurs des glandes passent à droite et à gauche de l'éperon. Le réseau élastique de la prostate est très remarquable dans les préparations colorées à l'orcéine. Les fibres, très abondantes au niveau de l'éperon et autour de l'urèthre, se prolongent entre les glandes jusqu'au tissu péri-prostatique.

En arrière et sur les côtés de la prostate existe un plexus nerveux très riche, formé par des fibres de Rémak et de nombreux ganglions; ce plexus se continue sur les vésicules séminales.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HÔPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Anatomie. — MM. H. Voisin, 11; Rey, 6; L. Mettey, 10; J. Vaillant, 11: Aiglave, 13; Saint-Cène, 12; François Lesourd, 10: Louis Lesourd, 10: Bonnel, 13; Athanasiu, 10; Toupart, 12: Morichau-Beauchant, 12; Monod, 10; Léri, 12; Demerson, 9: Dauzats, 7; Camus, 9; Grivot, 10; Armand Delille, 11; Arnal, 10; Charpentier, 9; Lacaille, 4; Monier, 6; Cottu, 3; Elias, 10; Eloy, 10; Duclaux, 5; Boissier, 8; Grenet, 13; Fouquet, 6.

Pathologie. — MM. Ferrand, 12; Fachatte, 6; Bochory, 5; Prat, 12; Maurage, 3; Pagniez, 13; Benlz, 10; Bergeron, 9; L. Alquier, 7; Esmonet, 12; Chapotin, 8; Diel, 8; Tourlet, 11; Sersiron, 7; Tixier, 5; Pestemalzoglu, 13; Læper, 13; Louis Roche, 13; Louis Netter, 7; Bricet, 11; Auffret, 13; Le Gamhier, 13; Babonneix, 13; Roger Voisin, 10; Assicot, 10; Bluzat, 6; Bourlot, 7; Chevrey, 12; Audistère, 9; V. Legros, 7; H. Berthier, 11; Belgrand, 7; Duval, 13; Marais, 7; Garduer, 10; Lorot, 5; Croisier, 11.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Baqué, 12; Bauer, 19; Boutteville, 7; Cailleton, 14; Caruette, 13; Berre, 9; Berruyer, 18 1/2; Braumberger, 19 1/2; Bréal, 15; Cantonnet, 18; Béjarano, 16; Boirivant, 15; Bourguignon, 14; Bué, 15; Broussais, 4; Caudegabe, 5; Camus, 19; Balatre, 16; Blanchet, 15; Boileau, 16; Boucher, 14 1/2; Bricet, 15; Férouelle, 11; Girod, 15; Halberchtadt, 15; Druelle, 12; Felizet, 9; Godineau, 15; Berthe, 13 1/2; Jean Camus, 18; Auffret, 16; Besson, 17; Audistère, 15; Raoul Couderf, 14; Gerboud, 15; Hulleu, 15; Emm. Chevé, 16; Deschamps, 18; Fouquet, 14; Latteux d'Espagne, 16; Albouker, 15; Ripault, 16; Arloing, 16; Dufour Lahastide, 14; Goubeau, 15; Jacowski, 16; Laubry, 17 1/2; Arnoux, 14; Cathala, 15; Furet, 14; Brizard, 16; Lacapère, 17; Géraudel, 19; Jules Girard, 14; Gosselin, 15; Houselot, 15; Ignard, 13; Barou, 15; Chifolian, 15; Demaldeut, 13; du Pasquier, 15; Athanasiu, 14; Bourgois, 17 1/2; Cuqu, 17; Durand-Viel, 19; Dauzats, 15; Chardin, 16; Baup, 14 1/2; Kahn, 17; Grivot, 15 1/2; Housquains, 15: Glin, 6; Bioche, 16; Berthier, 17 1/2; Bentz, 14; Barre, 12; Baudelot, 15 1/2: Paul Chevalier, 14; Huguier, 17; Demerson, 14; Cheruy, 15; Arihat, 15; Silvie, 11; Louis Lesourd, 16; Traverse, 12 1/2; Lelong, 15; Quiserne, 16; Toupart, 17; Maury, 19; Ball, 15; Pestemalzoglu, 14; Tesson, 11; Leclerc, 12; Larré, 11; Mirande, 12 1/2; Mircouche, 15; Rey, 12; Viart, 14; Sicard, 13; Morichau-Beauchant, 15; Rivet, 12; Mouchotte, 12; Weill, 16; Zacchiri, 11; Monod, 17; Manté, 4; Petresco, 12; Legros, 11; Rausou, 14; Silhol, 18; Tabary, 11; Prat, 15; Mouel, 3 1/2; Meuriot, 14.

Pathologie. — MM. Lehret, 11; Jouany, 13; Mezger, 15; Larré, 16; Lahovary, 7; Maigrot, 8; Kaplan, 15; Brisard, 19; Lacombe, 18 1/2; Menet, 19 1/2; Mesusier, 18; de Frumerie, 15 1/2; Mirande, 17 1/2; Mircouche, 17 1/2; Meuriot, 17 1/2; Milanoff, 17 1/2; Rabant, 17 1/2; Borne, 12; Duché, 16; Ripault, 17 1/2; Leclère, 17; Prat, 17 1/2; Montais, 17: Legros, 17 1/2; Petresco, 17; Paris, 17 1/2; Pamard, 17; Monod, 17 1/2; Silhol, 17; Manté, 17 1/2; Prudhomme, 17; Zacchiri, 17 1/2; Morichau-Beauchant, 17; Lenoble, 17 1/2; Louis Lesourd, 17; Mouchotte, 17 1/2; Sicard, 17; Pestemalzoglu, 17 1/2; F. Lesourd, 17; Mihailesco, 17 1/2; Thiollier, 17; Lelong, 17 1/2; Sentex, 17; Monel, 17 1/2; Traverse, 17: Sée, 17 1/2; Quiserne, 17; Mutzner, 17 1/2; Charle Roche, 17; Poupart, 17 1/2; Lévy-Valency, 17; Moret, 17 1/2; Netter, 17; Weill, 17 1/2; Maury, 17; Viart, 17 1/2; Louis Roche, 17; Lorot, 17 1/2; Tabary, 17; Lortat-Jacob, 17 1/2; Polle, 17; Léo, 17 1/2; Rocher, 17; Rey, 17 1/2: Lefas, 17; Ranson, 17 1/2; Monier, 17; Tesson, 17 1/2; Mettey; 17; Périetzéanu, 17 1/2; Glin, 19 1/2; Jacowski, 17; Camus, 17 1/2; Druelle, 17; Bisch, 17 1/2; Bentz, 17; Chevalier, 17 1/2; Halberchtadt, 17; Demaldent, 17 1/2; Chevé, 17; Chifoliau, 17 1/2; Géraudel, 17; Kahn, 17; Furet, 17 1/2; Ignard, 17; Berthe, 17 1/2; Godineau, 17; Barre, 17 1/2; Huguier, 17; Chéruy, 17 1/2; Gosselin, 17; Cuqu, 17 1/2; Hulleu, 17; Durand-Viel, 17 1/2; Condert, 17; Bourgeois, 17 1/2; Houselot, 17; Ball, 17 1/2; Baron, 17; Audistère, 17 1/2; Latteux d'Espagne, 17; Férouelle, 17 1/2.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : **Dr Pierre SEBILEAU.**

AVIS. — MM. les Actionnaires de la **Gazette Médicale** *sont informés qu'une assemblée générale extraordinaire se tiendra au siège social, 6, rue de Monceau, aujourd'hui samedi 18 décembre 1897, à 5 heures et demie.*

REVUE GÉNÉRALE

Diathèse lymphogène [lymphadénose] (1).

Par le Dr J. VIRES,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

I

Pathogénie. — Mégalosplénie, anémie infantile pseudoleucémique, lymphadénie, leucocytbémie, états morbides ressortissant tous de la diathèse lymphogène, sont d'origine infectieuse microbienne.

Les microbes pathogènes sont les plus vulgaires, bacilles de Koch, staphylocoques, ou peut-être sont spéciaux.

Ce postulat s'appuie sur deux ordres d'arguments, des arguments d'ordre rationnel, des arguments d'ordre bactériologique.

1° ARGUMENTS D'ORDRE RATIONNEL. — *a).* Le lymphadénome est susceptible de s'arrêter dans son évolution, de régresser, puis de repartir à nouveau. Dans une masse lymphadénique un ganglion subit un temps d'arrêt, tous ses voisins augmentent de volume.

Or, ces alternatives d'augmentation et de diminution sont loin du génie des néoplasmes malins. L'accroissement continu est, en effet, son caractère fondamental.

b) C'est le propre des maladies infectieuses de se généraliser avec *abondance* et avec *fantaisie*. Dans l'ostéomyélite des adolescents, par exemple, le staphylocoque frappe, chez le même sujet, cinq, six os et même davantage.

N'observons-nous pas la même abondance et la même fantaisie dans la lymphadénie frappant l'intestin, l'amygdale, la peau, les ganglions trachéaux ou le testicule ?

c) L'amygdale est la porte d'entrée ordinaire de bien des infections : ses cryptes sont bourrées de microbes qui, de saprophytes deviennent pathogènes sous la cause la plus banale qui exalte leur virulence (froid, trauma, angine, etc.).

Or, le début de la lymphadénie se fait très fréquemment par le ganglion rétro-angulo-amygdalien de Chassaignac, la porte d'invasion est donc la même que pour les maladies infectieuses.

Je rappelle la constatation de Trousseau sur le début de la lymphadénie cervicale avec lésions chroniques des muqueuses laryngées, pharyngées, etc.

d) La marche de la lymphadénie est irrégulière. Il se fait un accroissement brusque auquel est parallèle une élévation thermique, suivie d'une régression spontanée avec chute de la fièvre, puis le ganglion repart, augmente de volume, s'arrête, repart, et le cycle recommence, cycle traduit autant par la courbe fébrile que par le changement de volume.

Rien de tout cela ne s'observe dans l'évolution des tumeurs malignes.

Les élévations de température qui accompagnent si souvent les poussées ganglionnaires éveillent l'idée d'une maladie infectieuse.

(1) Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*, n° 142, p. 1373, 11 décembre 1897.

e) Il est des cas rapides, brusques, terminés, comme celui de Traversa, en trente-trois jours, ceux qui se traduisent par de l'hypertrophie généralisée des ganglions et des organes hématopoiétiques et une leucocytose intense : n'est-ce pas l'explosion d'une infection microbienne dont l'agent causal est extraordinairement virulent?

f) Enfin, il est une cachexie terminale de la diathèse lymphogène, cachexie que Wilks appelait anémie lymphatique.

Elle se traduit par de la diarrhée incoercible, fétide, des hémorrhagies multiples, des hématémèses, du mæléna, des accidents fébriles constants, une déchéance générale de tout l'être moteur et intellectuel : tout cela ne rappelle-t-il pas la fin d'un septicémique, d'un typhique, d'un tuberculeux?

En faveur de la nature infectieuse, on doit invoquer la rapidité d'évolution. Dans le cas si remarquable de Traversa la mort survint en un mois avec une hypertrophie ganglionnaire généralisée et une leucocythémie intense. La proportion des globules blancs aux rouges était de un pour cinquante.

Voilà bien de sérieux arguments pour appuyer l'hypothèse de l'origine infectieuse des hypertrophies ganglionnaires généralisées.

A ces arguments d'ordre rationnel s'en ajoutent d'autres.

2° Arguments bactériologiques et anatomiques.

a) Les tuméfactions congestives du foie et de la rate qu'on rencontre si fréquemment chez les lymphadéniques sont, en somme, absolument comparables à celles qu'on rencontre dans les cas de maladies générales infectieuses.

b) L'infection ganglionnaire généralisée qui donne lieu aux signes cliniques du lymphadénome peut être de nature tuberculeuse, donc de nature infectieuse.

Les faits sont multiples et groupés par Delbet, qui en rapporte deux personnels, dont l'un vu par Duplay et Trélat, un de Duplay, trois de Marey, un remarquable communiqué par Albert Robin à la Société médicale des hôpitaux, le 22 juin 1883. Le dernier est de Brentans et Tangl (*Deutsch. med. Wochens.*, 1891). Les inoculations ont montré que l'hypertrophie ganglionnaire généralisée à type de lymphadénome était de nature tuberculeuse.

c) Les examens bactériologiques ont montré d'autres agents infectieux.

Je les ai énumérés au chapitre *Étiologie*. J'ai dit aussi qu'il était des cas dans lesquels l'examen du sang et de la tumeur, de même que les ensemencements sont restés infructueux. Barbier les a réunis dans une revue (*Gaz. hebd.*, 1894).

Sans doute, il faut tenir compte des faits négatifs qui, d'ailleurs, peuvent s'expliquer, mais dans les questions de cet ordre les faits positifs priment les faits négatifs.

Dès 1880, Klebs décrit les monades dans le sang des lymphadéniques : ce cas est trop ancien.

Je grouperai en deux catégories les cas où l'on a rencontré des microbes.

a) Dans la première, ces microbes ont été vus, mais n'ont pas été déterminés.

Mac Gillovry, Osterwald, Mayet ont constaté la présence des microbes dans le sang. Spilling en a vu dans la rate, Braumwel dans les ganglions, Majocchi et Picchini dans le foie et les ganglions.

b) Dans la seconde, les microbes ont été déterminés et étudiés.

Ou bien on a trouvé des microbes vulgaires, streptocoques (Maffucci et Traversa); le plus souvent des staphylocoques blancs et dorés (Bonardi, Hévelk, Roux et Launois, Combemale, Vadelli, Fischer); une fois le pneumocoque (Louguet et Delbet), une fois le staphylocoque et le streptocoque associés (Hinterberger). Ou bien on a constaté des microbes nouveaux.

Kelsch et Vaillard, puis Frenis ont décrit un bacille court, épais, à extrémités arrondies. Ce bacille est pathogène pour le lapin, non pas qu'il ait reproduit le lymphadénome, mais il a déterminé des accidents mortels.

Pawlowski, dans sept cas, a trouvé un autre bacille qui existait dans le foie, la rate, les ganglions lymphatiques, les intestins, les poumons, les reins, le cerveau et la moelle.

Ce bacille est difficile à cultiver et Pawlowski le considère comme le microbe spécifique.

Voilà donc un nombre de faits considérable qui démontrent qu'il y a des microorganismes dans le sang, les ganglions et les viscères du lymphadénique.

Pour avoir le droit de conclure d'une manière définitive et irréfutable qu'ils sont pathogènes, il faudrait reproduire la maladie par des inoculations expérimentales. Or, une seule tentative a réussi. Je vais en parler. Que toutes les autres tentatives aient échoué, il n'est là rien d'étonnant. Peu d'animaux, en effet, sont atteints de lymphadénie spontanée, par consé-

gnent, peu aptes à réaliser la lymphadénie expérimentale.

Or, on a inoculé des cobayes, des lapins, cobayes et lapins qui sont à peu près réfractaires (Wehsemeyer, Eberth).

De plus, c'est fort vraisemblablement une maladie infectieuse chronique que la lymphadénie et comme toutes les maladies chroniques infectieuses, elle possède probablement des microorganismes de virulence atténuée. Ces microbes ne terrassent pas d'emblée les animaux non réfractaires.

Le 17 juin 1895, Delbet, à l'Académie des Sciences, présente la première démonstration complète de la nature infectieuse de la lymphadénose. Cette preuve est basée sur la reproduction expérimentale par l'inoculation de cultures pures d'un bacille particulier.

Ce bacille fut trouvé dans le sang splénique d'une malade à lymphadénie splénique et généralisée, arrivée à la dernière période de la maladie et cachectisée. Il amena une lymphadénie ganglionnaire généralisée chez le chien à qui il fut injecté : les ganglions de ce chien renfermaient le bacille de l'inoculation enlevé à la malade à l'état de pureté.

La démonstration est donc faite : la lymphadénie est d'origine microbienne, elle est infectieuse, qu'elle soit due à des microbes vulgaires, ou à des microbes encore à étudier et à classer, les lésions qu'elle présente dans tous les types qui la constituent sont de même nature et de même cause et les différences d'évolution, les stades successifs tiennent à ces deux grands facteurs que jamais on ne doit oublier en matières de maladies infectieuses : à savoir, d'une part, le degré de virulence de l'agent pathogène, de l'autre, le degré de réceptivité ou de résistance de l'organisme.

Voilà, à l'heure actuelle, quelle est la pathogénie de la lymphadénie : elle est de nature bacillaire.

Sans doute, des recherches ultérieures, des investigations bactériologiques et anatomo-pathologiques viendront préciser encore cette nature.

En vérité, la diathèse lymphogène est-elle une entité morbide, on n'est-elle, comme la fièvre ganglionnaire, qu'un *rameau de cet arbre touffu qui représente les infections* d'origine pharyngée (J. Comby)?

Toutes les maladies infectieuses, qui ne sont aussi que des rameaux d'arbres touffus ayant nom streptococcie, pneumococcie, staphylococcie, coli-bacillose, etc., etc., sont-elles capables de donner naissance à la lymphadénie, de la créer de toutes pièces? ou ces facteurs ne sont-ils que des facteurs occasionnels, déterminants, ne réalisant la diathèse que grâce à une prédisposition quelconque du tissu lymphoïde acquise ou congénitale? Nous ne savons.

II

Anatomie pathologique. — J'étudierai *successivement le sang* au point de vue physique, chimique, microscopique, les *organes lymphoïdes et les divers viscères* atteints par la diathèse lymphogène au point de vue de leur *aspect macroscopique et de leurs lésions histologiques*.

Sang. — Ses altérations ont fait découvrir la maladie; elles sont constantes, dans tous les cas, avec un maximum de netteté et de quantité, pour la leucocythémie. Elles permettent de faire chez le vivant le diagnostic : tout autant de raisons qui nous font placer son étude en première ligne.

Propriétés physiques. Dans la leucémie, les lésions sont visibles à l'œil nu. Le sang, pris sur le vivant ou sur le cadavre, n'est plus rutilant, il est lie-de-vin, chocolat ou brique. Il peut devenir poisseux, blanchâtre, puriforme. Sous une faible épaisseur, il prend un aspect opalin, laiteux. Si on le met dans un tube, après une prise sur le vivant, le caillot qu'il forme est blanchâtre, recouvert qu'il est par des globules blancs : au fond du tube sont des globules rouges plus lourds.

Sur le cadavre, la coagulation affecte le même caractère ; artères et veines, à l'autopsie, sont remplies de caillots blanchâtres.

Densité. — La densité est diminuée. Tandis que la densité normale du sang est de 1057, le sang leucémique n'a plus que 1055, 1050, 1036. La densité du sérum ne varie pas du reste, oscillant autour de 1025 à 1029.

Réaction. — La réaction est généralement acide.

Consistance. — Le sang est visqueux, poisseux, filant, parce qu'il est riche en leucocytes.

Si, reprenant l'expérience du tube, et après défibrinisation préalable, on met ce sang au repos, on le voit se différencier en trois couches :

a) Une couche inférieure faite de globules rouges pesants et lourds;

b) Une couche moyenne avec des leucocytes;

c) Une couche supérieure, pâle, opaline, troublée, qui est le sérum contenant les globules de graisse.

Le caillot de sang leucémique est friable, mou,

comparable à de la gelée de groseille ou à la boue splénique.

Modifications chimiques. — Quantitativement, peu de changements, sauf H^2O qui est un peu augmentée.

Au point de vue de la qualité, la fibrine a perdu sa cohésion et sa consistance élastique. Elle se prend en grumeaux friables qui se dissocient très vite c'est ce qui explique la consistance du caillot gelée de groseille.

Les *matières grasses* sont augmentées.

Le fer est diminué.

On a enfin trouvé des matières anormales, glutine, xanthine, peptone, acides urique, lactique, succinique, ferrique, de la leucine, de la thyrosine, de l'acide phosphoro-glycérique.

Examen microscopique. — C'est ici une donnée fort importante : l'hématologie appliquée à la clinique, sous l'impulsion de savants expérimentateurs, a pris aujourd'hui une des premières places comme élément de diagnostic (Hayem, Mosler, Hénocque, Luzet).

Sous le champ du microscope, on trouve des globules *blancs*, des globules rouges, d'autres éléments.

Ils ont, les uns et les autres, subi des modifications multiples de nombre, de structure, etc.

I. *Globules blancs.* — Alors que, à l'état normal, la proportion des globules blancs aux rouges est de 1 pour 300 ou 360, ce rapport, dans la diathèse s'élève à 1/20, 1/15, 1/5 et même 1/1. Ce rapport devient donc égal, parfois même il est inférieur, et on a 3 globules blancs pour 1 rouge.

Ce sont là, évidemment, des cas extrêmes.

Quand doit-on porter le diagnostic de leucocythémie ?

C'est, d'après Hayem, quand on constate la présence, dans le sang, de 70000 globules blancs par centimètre cube.

Les globules blancs sont augmentés, ils sont de plus modifiés.

On décrit suivant l'augmentation de volume :

a) Des leucocytes nains quand ils atteignent 6 μ ;

b) Des leucocytes moyens, quand ils atteignent 8 à 10 μ ;

c) Des leucocytes géants, quand ils atteignent 15 à 20 μ.

Suivant Einhorn, on pourrait observer trois sortes de globules blancs :

1° Des leucocytes de la dimension des globules rouges : ils ne possèdent qu'un seul noyau entouré d'une mince couche de protoplasma. Ces lymphocytes proviennent des ganglions lymphatiques.

2° Ces cellules éosinophiles tirant leur origine de la moelle osseuse.

3° Des cellules de provenance indéterminée, de la moelle ou de la rate; ces cellules sont beaucoup plus grandes que les globules rouges et possèdent un noyau ovalaire arrondi ou irrégulier.

Ehrlich distingue dans les leucocytes des granulations se colorant diversement par les couleurs d'aniline, basiques ou acides.

Müller décèle des cellules de provenance particulière (organes lymphoïdes) ne se colorant que par l'aniline neutre; il leur accorde une grande valeur diagnostique; leur présence serait significative dans la lymphadénie.

Il y a donc, à côté des cellules se colorant par les couleurs d'aniline basique, acide et neutre, des cellules prenant l'éosine; or, ces grains éosinophiles peuvent sortir de la cellule et essaimer dans le sang.

Les différentes formes de globules blancs se répartissent, d'après Morse de la façon suivante : lymphocytes, 22 0/0; grandes cellules mononucléées, 7 0/0; myélocytes, 20 0/0; cellules polynucléées, 44 0/0; cellules éosinophiles, 15 0/0.

Le nombre des leucocytes de chaque variété s'accroît, mais l'augmentation est peu forte, tantôt pour les lymphocytes, tantôt pour les cellules polynucléées.

Gilbert a vu des leucocytes englober dans leur substance des hématies avec lesquelles ils étaient en contact.

Voilà donc pour les leucocytes.

II. Les *globules rouges* sont aussi anormaux.

a) Ils sont diminués, comme Charcot et Vulpian l'avaient observé, et peuvent tomber à deux millions, un million et demi.

b) On observe aussi des érythrocytes; ce sont des globules rouges à noyau. Souvent, comme chez le fœtus, ce noyau est le siège d'une karyokinèse intense.

Le nombre des hématoblastes reste normal.

c) Enfin, Hayem signale, dans le sang des lymphadéniques, des granulations réfringentes hyalines, incolores, non colorables, qui se retrouvent dans les organes lymphoïdes et qu'on ne rencontre que dans la leucémie et l'anémie pernicieuse.

Sur le cadavre, le sang leucémique contient de fins cristaux dits de Charcot-Leyden.

On a voulu que chacun des tissus malades fournisse au sang un ordre déterminé d'éléments cellu-

laires ou de granulations : nous avons dit quelle était à ce point de vue la théorie de Neumann ; indiquons seulement que Litten (*Semaine Médicale*, 1887) accepte que le lymphocyte indique une provenance splénique et le globule rouge nucléé une provenance médullaire. Nous ne saurions insister, la question n'est pas élucidée et les données sur lesquelles on s'appuie sont encore trop incertaines pour qu'il soit permis d'affirmer, par l'examen du sang, telle ou telle forme de leucémie.

Remarquons, d'ailleurs, comme le fait très bien observer J. Cavalié, que l'origine des leucocytes à l'état physiologique n'est pas encore bien connue.

Les altérations que je viens d'énumérer, on les rencontre toutes dans la leucémie vraie, c'est-à-dire dans le stade parfait et définitif de la diathèse lymphogène. On les rencontre aussi dans les autres stades, mais suivant une proportion décroissante de la leucocythémie à la lymphadénie. Cette progression on peut la suivre dans le tableau suivant :

1° Leucémie vraie.	Anémie globulaire progressive intense.
	Leucocytose (de 70000 à 500000 globules blancs).
	Les rapport des érythrocytes aux lymphocytes est de 1/6 (Mosler), 1/2 (Virchow), 1/1 (Isambert), 3/1 (Stricker), 2/1 (Robin).
2° Anémie infantile pseudo-leucémique.	Anémie globulaire.
	Leucocytose [17100 à 60000] (Luzet et Audéoud).
	Erythrocytes [de 200000 à 800000] (Audéoud).
	Le rapport est de 1/100, 1/60 et même 1/15.
3° Lymphadénie de Trousseau.	20 à 30000 globules blancs à la fin de la maladie.
	Pas de leucocytose au début et même pendant un assez long temps.

Lésions viscérales. — Toujours, dans la diathèse lymphogène, la rate, la moelle des os et les ganglions lymphatiques portent des lésions.

Rate. — La rate est atteinte six fois sur sept. Ce qui frappe d'abord, c'est l'augmentation du volume : elle est constante avec des degrés.

A l'autopsie, on la voit occuper tout le flanc gauche, s'étendre depuis la sixième côte jusqu'à la crête iliaque ; sa forme est conservée, parfois cependant elle offre des incisures qui sont, ou bien l'exagération de la disposition anatomique normale, ou bien le résultat d'une disposition anatomique nouvelle.

La rate pèse 3, 4, 5, 7 kilos (cas de Mosler) : c'est dire que son poids devient douze ou quatorze fois plus considérable que le poids normal.

Elle peut atteindre 40 à 45 centimètres de longueur, 18 à 20 de largeur, 8 à 10 d'épaisseur.

La surface de l'organe est d'aspect lisse, égal, de couleur rouge violâtre, luisante ou gris ardoisé.

A la longue, le tissu splénique est résistant, ferme, comme carnifié. On peut voir les trabécules plus épais, sous forme de travées, fibro-celluleuses, de coloration blanchâtre.

Les corpuscules de Malpighi sont plus ou moins apparents.

Dans le cas de J. Cavalié la rate « renferme une infinité de tumeurs molles et blanches, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois, tantôt disséminées dans un parenchyme rouge clair, tantôt conglomérées en amas du volume d'une noisette ou d'une noix ».

Ces conglomérations sont des tumeurs lymphadéniques ; leur fréquence est fréquemment notée dans les autopsies.

« La rate, dit Buscarlet (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris 1870), est bosselée ; elle est parsemée de noyaux volumineux, ressemblant à s'y méprendre à des noyaux de cancer ordinaire, mais en différant en ce que chacun des noyaux est dur et ne donne pas de suc au raclage. »

Dans le cas de Féréol (*Gazette des Hôpitaux*, 1867), « le parenchyme de la rate était très altéré, d'une dureté générale très grande, avec des bosselures et des inégalités mamelonnées ; à la loupe, on voyait, au milieu d'un tissu rouge très ferme et rappelant la consistance du foie, une foule considérable de dépôts d'un blanc jaunâtre, ayant tout à fait l'aspect et la consistance des ganglions cervicaux : les noyaux variant de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un gros pois ou même un peu plus. »

Ollivier et Ranvier (*Archives de Physiologie*, 1869) ont vu, sur la coupe de la rate, des productions d'un blanc jaunâtre, du volume d'une lentille ou d'un pois, et dont quelques-unes atteignent les dimensions d'un œuf de pigeon. Elles semblent être produites par l'hypertrophie ou la fusion des glomérules de Malpighi (th. de J. Cavalié, p. 45).

Examen microscopique. — *a*) A un faible grossissement.

Les coupes sont occupées par des tumeurs lymphadéniques, de dimensions très variables et des tractus fibreux.

Les tumeurs sont bien distinctes du parenchyme environnant et prennent naissance, soit aux dépens des corpuscules de Malpighi, soit dans les cordons pulpaires.

Les cordons fibreux qui s'insèrent à la capsule et contiennent de gros vaisseaux artériels sont notablement élargis et, sur quelques points, forment des ilots de bandes scléreuses qui sillonnent le parenchyme.

Entre ces tumeurs lymphadéniques et les tractus fibreux, le parenchyme est tantôt le siège d'une certaine hypérémie, avec élargissement considérable des sinus, tantôt il est le siège d'un élargissement fibreux des cordons pulpaires, avec amoindrissement des sinus.

b) Examen à un fort grossissement.

Les tumeurs ganglionnaires se composent d'un reticulum fibreux à trabécules assez épaisses et circonscrivant de larges alvéoles.

Alvéoles. — De grandes cellules endothéliales, riches en chromatine, tapissent ces alvéoles.

Toutes les grandes cellules sont libres dans l'alvéole et présentent le type des cellules géantes de la rate normale chez les animaux jeunes.

Les lymphocytes sont en nombre considérable, disséminés dans l'intérieur et sur les parois de l'alvéole.

Travées. — Les travées semblent subir une transformation scléreuse progressive.

Le parenchyme offre des territoires hypérémiés, d'autres sclérosés : les parois des sinus sont revêtues d'une rangée de petites cellules du type lymphocyte, provenant évidemment de la prolifération des endothéliums vasculaires normaux, car ceux-ci ont complètement disparu.

Toutes les parties constitutives de la rate tendent à la sclérose. D'une part, en effet, les cordons fibreux, formant la charpente de la glande, sont épais et divisent la coupe en lobules, comme cela a lieu dans la cirrhose annulaire du foie, et sur quelques points, ces cordons fibreux sont le point de départ d'une sclérose envahissante, qui pénètre comme des flèches, soit dans le parenchyme, soit dans les tumeurs lymphadéniques. En deuxième lieu, les tumeurs lymphadéniques présentent une tendance à la sclérose appartenant en propre à leur tissu.

La sclérose, enfin, peut aussi se développer en larges traînées dans le parenchyme ménagé entre les tumeurs.

Dès que la sclérose est assez avancée pour amener un ralentissement dans la circulation sanguine, il se peut produire l'accumulation de pigments ferrugineux de couleur ocre dans le tissu (cas de J. Cavalié).

Ganglions lymphatiques. — Ils sont augmentés de volume, gros comme le poing, gros comme des œufs de pigeon ou plus petits. Ils siègent dans la région du cou, dans les médiastins, aux aînes, dans la région lombaire. Ils sont disséminés en séries, plus ou moins riches, ou conglomérés, renversés les uns sur les autres, se déplaçant mécaniquement, déprimant, obstruant, déformant tout ce qui les entoure ou les avoisine.

Sur la coupe, on peut distinguer une capsule épaissie donnant insertion à de larges cloisons fibreuses, lesquelles circonscrivent des ilots parenchymateux rosés et semi-transparents, de volume variable.

C'est, dans ces cas, une sclérose manifeste (épaississement de la capsule, présence de larges cloisons fibreuses parcourant le parenchyme).

Cette sclérose, apparente à l'œil nu, a été notée par la plupart des auteurs (J. Cavalié).

Pour nous rendre un compte exact des altérations ganglionnaires, de la tendance générale de leur processus morbide, il nous faut suivre cette altération, étudier ce processus rapidement, depuis son début jusqu'à son stade ultime. Suivons pas à pas la description de Cavalié.

Au premier stade des altérations ganglionnaires, voici ce qu'on constate.

La structure générale des ganglions est conservée, les follicules et les cordons médullaires sont agrandis et enveloppés de sinus lymphatiques plus larges qu'à l'état normal.

Capsule fibreuse. — La capsule fibreuse est épaissie ainsi que les cloisons qui s'y insèrent et qui sillonnent la masse ganglionnaire. La sclérose procède toujours des cloisons fibreuses de la charpente. Le reticulum conjonctif est d'autant plus épais que l'on se rapproche davantage de la cloison.

Parenchyme. — Le parenchyme présente un reticulum à trabécules plus épaisses qu'à l'état normal, manifestement fibreux, renfermant dans son épaisseur quelques cellules fixes à noyau allongé et grêle, et tapissé de grosses cellules endothéliales, à noyau ovoïde, vésiculeux, présentant une enveloppe colorée

et plusieurs amas nucléiformes de chromatine, de grandeur inégale. Ces cellules endothéliales sont souvent à l'état d'hypertrophie... leur noyau est aussi très hypertrophié et présente les caractères de la division suivant divers modes. La segmentation peut être directe; d'autres fois karyokinétique (cellules le plus fortement hypertrophiées). Cette karyokynèse donne naissance à des cellules géantes contenant trois, quatre, six noyaux de forme irrégulière, conglomérés entre eux, volumineux et fortement colorés.

Dans les mailles agrandies du vesiculum, on rencontre des cellules de type endothélial, à gros noyau ovoïde et à protoplasma abondant, mais détachées de la paroi et devenues sphériques et libres; on rencontre des cellules géantes, des lymphocytes, des leucocytes polynucléés.

Tout ce parenchyme est riche en vaisseaux sanguins de calibre très variable et remplis de globules sanguins. Ces vaisseaux, quel que soit leur calibre, ont une paroi composée d'un endothélium à gros noyau proéminent dans la lumière et souvent en division par segmentation directe et d'une tunique adventice, contenant également deux ou trois traînées concentriques de grosses cellules.

Sinus. — Les sinus sont élargis, renferment des cellules à gros noyau ovoïde et à protoplasma granuleux. Ce sont des cellules endothéliales de la paroi lymphatique, hypertrophiées et souvent en prolifération.

Portion envahie par la sclérose. — Elle a pour *primum movens* les cloisons fibreuses de la charpente. Dans ces portions, le reticulum conjonctif est d'autant plus épais que l'on se rapproche davantage de la cloison. En même temps, les mailles deviennent plus étroites, les lymphocytes disparaissent, les cellules endothéliales s'aplatissent et paraissent devenir elles-mêmes fibro-plastiques.

Tout le processus, jusqu'ici, est hypertrophique et néoformatif. Déjà cependant se fait jour une autre tendance, celle de l'évolution vers la sclérose.

Elle se traduit par l'épaississement de la capsule connective et de la plupart des cloisons qui en émanent, par l'effort que fait la néoformation fibreuse partie des cloisons pour pénétrer dans les cordons ou les follicules voisins, enfin dans l'intimité même du parenchyme, par l'hypertrophie des trabécules de reticulum, d'autant plus marquée que l'on se rapproche davantage de la cloison, et la transformation des cellules endothéliales en cellules fibro-plastiques.

En résumé, le processus morbide ganglionnaire est hypertrophique et néoformateur dans son premier stade et tend déjà à la sclérose qu'il réalise pleinement à la période ultime.

Moelle osseuse. — Ce qui prédomine, c'est l'altération formative. On sait que la moelle est construite sur le même plan qu'un ganglion, avec cette différence qu'elle se compose uniquement d'un reticulum tapissé de cellules endothéliales et circonscrivant des mailles où sont enfermés divers éléments cellulaires.

Les éléments qui traduisent la tendance proliférative sont :

1° Des cellules adipeuses;

2° Des cellules du type médulocelle;

3° Des cellules du type lymphocyte;

4° Des cellules géantes;

5° Des globules rouges nucléés.

Nous terminerons cet exposé anatomo-pathologique par quelques considérations de physiologie pathologique.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 décembre. — Présidence de M. DELENS.

Abcès sous-phréniques.

M. Lejars. — Un certain nombre d'observations de suppurations sous-phréniques ont été rapportées à propos de la communication récente de M. Michaux (Voir *Gazette Médicale*, 1897, p. 569 et 596). Je crois qu'il faut établir une différence entre l'abcès sous-phrénique pur et simple, dont les causes peuvent être fort diverses, et l'abcès sous-phrénique gazeux, qui se produit consécutivement à une perforation du tube digestif, le plus souvent occasionnée par un ulcère de l'estomac. Indépendamment du cas relatif à un malade que je vous ai présenté dans une autre séance, j'ai observé récemment avec M. Courtois-Suffit un fait d'abcès sous-phrénique gazeux d'origine stomacale, chez une femme de 32 ans, qui souffrait depuis longtemps de troubles gastriques et qui fut prise d'accidents ressemblant assez à de l'obstruction intestinale. Le ventre était nettement bilobé, présentant à sa partie supérieure une énorme voussure absolument sonore à la percussion et au niveau de laquelle on constatait seulement de la matité lorsqu'on faisait pencher la malade en avant; la partie inférieure de l'abdomen était simplement distendue par un météorisme très accusé. Le diagnostic d'abcès gazeux sous-phrénique ayant été posé, je pratiquai une laparotomie médiane sus-ombilicale, qui donna

issue à une véritable explosion de gaz, en même temps qu'il s'échappait par la plaie une assez grande quantité de pus fétide. Je lavai la cavité de l'abcès qui formait une vaste poche occupant l'hypocondre droit et j'y plaçai deux gros drains. L'opérée mourut au quatrième jour, et à l'autopsie on trouva, au fond de la cavité que j'avais évacuée, une perforation siégeant sur la face antérieure de l'estomac; mais il y avait, en outre, une deuxième poche, renfermant également du pus mélangé de gaz et en rapport avec une seconde perforation de l'estomac, située sur la face postérieure de l'organe. Cet abcès, développé profondément entre l'estomac et la rate, avait échappé à mon exploration et, même si j'en avais reconnu l'existence, je n'aurais certainement pas pu l'évacuer.

M. Monod. — J'ai observé un abcès sous-phrénique chez une femme de 25 ans qui, depuis deux ans, était sujette à des douleurs gastriques. Le 29 novembre 1895, à la suite d'une crise particulièrement violente, elle fut reçue dans un service de médecine, d'où elle me fut adressée avec le diagnostic d'infection d'origine utérine. Je ne trouvai rien du côté de la matrice, mais, quelques jours après, on vit apparaître au niveau de l'épigastre une tuméfaction notable, manifestement sonore à la percussion et devenant mate dans sa partie inférieure, dès que la malade se penchait en avant; il y avait, en outre, tous les signes d'un épanchement à la base du torax, du côté gauche. Je pensai qu'il s'agissait d'une collection suppurée sous-phrénique, mais, le lendemain, la tumeur épigastrique avait disparu, et, en revanche, les symptômes thoraciques s'étaient considérablement accentués. L'ouverture du thorax me permit de donner issue à une grande quantité de pus, et l'opérée guérit rapidement.

Dans un cas analogue, je suis intervenu de la même façon chez un vieil alcoolique qui, depuis longtemps, souffrait de l'estomac et chez lequel M. Hayem avait porté le diagnostic d'abcès sous-phrénique. Il existait en même temps des signes cavitaires au niveau de la base du poumon droit, et le malade avait eu une vomique les jours précédents. La paroi costale incisée, je ne trouvai rien dans la plèvre, et ce fut seulement dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire que la pointe du thermocautère atteignit une cavité remplie de pus, laquelle communiquait nettement avec une poche sous-diaphragmatique. Le sujet était dans un tel état de cachexie au moment où je l'opérai qu'il ne tarda pas à succomber.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Ricard. — Dans la discussion qui s'est engagée sur l'hystérectomie abdominale totale (Voir *Gazette Médicale*, 1897, p. 295, 330, 352 et 363), deux points doivent être envisagés, l'un se rapportant au procédé opératoire, l'autre aux détails de sa technique.

Je n'ai pas à défendre aujourd'hui l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins, l'ayant déjà fait ici il y a deux ans à propos d'une communication de M. Richelot sur un procédé dit *définitif* (Voir *Gazette Médicale*, 1895, p. 270). A cette époque, MM. Schwartz, Routier, Tuffier et Quénu ont été ici, avec moi, les seuls défenseurs de l'hystérectomie franchement abdominale. L'année suivante, le procédé nouveau était préconisé au Congrès de Chirurgie (Voir *Gazette Médicale*, 1896, p. 579) par MM. Terrier, Poirier, Pozzi, Delbet. Depuis il a été progressivement adopté par un grand nombre de mes collègues et M. Richelot a lui-même abandonné son procédé *définitif*.

L'hystérectomie abdominale totale est donc devenue le procédé de choix dans la cure chirurgicale des fibromes, et tous les procédés à pédicule rentré ou à pédicule sorti ne constituent plus que des méthode d'exception.

Le procédé que je continue à employer et que j'ai décrit au Congrès de Chirurgie (Voir *Gazette Médicale*, 1896, p. 579) appartient à cette grande catégorie de procédés utilisant l'hémostase préalable avant l'extirpation même de l'utérus.

A vrai dire, il n'y a que deux procédés d'hystérectomie abdominale totale : l'un sans hémostase préalable, l'autre avec hémostase comme premier temps opératoire.

Le premier procédé appartient en propre à M. Doyen. Il est rapide et brillant, mais s'adresse surtout aux fibromes simples, mobiles sans enclavement, sans complications.

L'autre catégorie comprend tous les procédés où l'on a recours à l'hémostase préalable, avant l'extirpation de l'utérus. Il importe peu qu'on attaque l'artère utérine en avant comme le fait M. Richelot, en arrière suivant la pratique de quelques chirurgiens, ou sur les côtés d'après le procédé américain, car, en réalité, c'est là un détail de technique qui n'a pas une grande importance.

Le procédé de M. Richelot est excellent par lui-même, mais il a besoin d'être modifié à chaque instant suivant les variétés de forme, de volume et de siège des fibromes, Lorsqu'il s'adresse aux fibromes simples, il n'est pas supérieur aux autres procédés d'hystérectomie avec hémostase préalable, à la suite desquels il vient se classer.

En ce qui concerne l'hystérectomie abdominale totale appliquée au traitement des annexites graves, je n'ai eu qu'une fois l'occasion de la pratiquer, dans un cas très complexe de suppuration pelvienne. Mon plan opératoire a été dominé par cette règle générale qui, en dehors des cas simples, doit guider tout opérateur dans l'hystérectomie abdominale : faire d'abord l'hémostase, attaquer ensuite le vagin et l'utérus. Or, la réalisation de l'hémostase dans les cas complexes de suppuration pelvienne, auxquels doit seulement s'adresser l'hystérectomie abdominale, me paraît d'une exécution bien différente du procédé réglé que nous ont montré les dessins schématiques de M. Richelot. Pour assurer l'hémostase, en effet, il faut souvent dégager des adhérences, disséquer l'intestin,

ponctionner, évacuer et même extirper des poches purulentes ou hématiques, morceler et enlever des fibromes enclavés; on doit, en un mot, se tracer, d'une façon plus ou moins pénible, une voie conduisant à l'artère utérine, et c'est quelquefois à travers l'utérus lui-même qu'il faut se frayer un passage pour atteindre l'artère, ainsi que j'ai dû le faire, dans un cas dont M. Picqué doit se souvenir, pour mener à bonne fin une opération difficile. C'est un procédé analogue que M. Faure a décrit récemment, en préconisant l'hémisection utérine comme premier temps de l'hystérectomie abdominale pour annexite suppurée.

Dans les cas graves qu'on ne croit pas justiciables de l'hystérectomie vaginale ou de la simple salpingectomie, on doit, à mon avis, une fois le ventre ouvert, chercher l'utérine du côté le moins atteint, par la voie la plus rapide et la plus sûre, quelle qu'elle soit, puis, ce vaisseau lié, ouvrir le vagin, faire basculer l'utérus latéralement, lier l'autre artère utérine, et ensuite décortiquer de bas en haut, l'utérus entraînant les lésions annexielles, ce qui rend, comme M. Richelot l'a bien vu, la décortication plus facile. C'est dire que le procédé américain doit nous servir de guide, quitte à nous en écarter plus ou moins suivant les cas particuliers.

M. Peyrot. — Depuis le mois de décembre 1895, 23 hystérectomies abdominales totales, pour fibromes utérins, ont été pratiquées dans mon service (16 par moi et 7 par mon assistant M. Guinard), avec 21 guérisons et 2 morts. Une fois la tumeur attirée en dehors, je commence par placer deux ligatures sur toute la hauteur des ligaments larges, puis, après avoir taillé un lambeau antérieur et refoulé la vessie en avant, j'incise le vagin sur un instrument introduit dans la cavité et repoussant le cul-de-sac antérieur vers le haut; j'enlève ensuite l'utérus à coups de ciseaux successifs, suivis chacun de l'application d'une pince. Dans quelques cas, j'ai ouvert le vagin par le cul-de-sac postérieur.

Ablation d'une tumeur du foie.

M. Terrier. — J'ai pu appliquer dans un cas de tumeur du foie dont l'origine était difficile à déterminer, la méthode préconisée par MM. Kousnetzoff et Pensky, ainsi que par M. Auvray, à la suite d'expériences nombreuses qu'il a faites dans mon laboratoire. En employant le système des ligatures en chaîne qu'ont décrit ces auteurs, j'ai pu enlever au thermocautère, sans la moindre hémorrhagie immédiate, une tumeur de nature épithéliale située au niveau du bord antérieur du foie et pesant 270 grammes. Mais un frottement exercé sur la surface de section a déterminé après l'ablation de la tumeur, une petite hémorrhagie qui m'a forcé d'appliquer une pince à forcipressure. J'ai dû laisser le ventre ouvert, et exercer une légère compression sur la plaie hépatique; la cicatrisation s'est faite assez rapidement, et une amélioration notable s'est produite dans l'état du malade. J'ai pu me rendre compte que l'hémorrhagie s'était produite en un point où les deux fils n'avaient pas été entre-croisés.

M. Poirier. — J'ai eu également l'occasion d'enlever, avec M. Chaput, en 1892, un noyau cancéreux du foie qui atteignait le volume d'une grosse noix. Il s'agissait d'un malade qui présentait des accidents de sténose pylorique. Je constatai seulement l'existence d'une contracture du pylore; mais, d'autre part, ayant aperçu à la surface du foie un nodule cancéreux bien circonscrit, j'en pratiquai l'ablation en passant dans le tissu hépatique, pour faire l'hémostase, des fils entre-croisés qui furent serrés en bourse. Le malade guérit sans encombre, mais six mois plus tard il succomba à la généralisation du cancer, et l'on put reconnaître à l'autopsie que le point de départ de la néoplasie se trouvait au niveau de la partie inférieure de l'œsophage.

Présentations de malades.

M. Peugniez (d'Amiens) montre un malade trépané avec succès pour des accidents de délire traumatique ancien.

M. Tuffier présente une malade chez laquelle il a pratiqué une gastro-entérostomie dans un cas d'ulcère de l'estomac ayant déterminé des accidents de péritonite par propagation.

(*Semaine médicale.*)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Médecin. — Honoraires. — Opération chirurgicale.

A la date du 5 avril 1897, la sixième chambre du tribunal civil de la Seine, présidée par M. Toutée, a décidé :

« Que même en admettant qu'un patron soit tenu de » payer les soins à donner à son employé, ce fait ne saurait permettre au tribunal d'élever les honoraires dus au médecin dans une proportion qui, pour se rapprocher de la situation du patron, dépasserait la situation de l'opéré;

» Qu'il y avait lieu pour déterminer le montant des honoraires dus au médecin, de tenir compte de la gravité de l'opération, de la durée de cette opération et des difficultés que peut rencontrer l'opérateur,

» Qu'il y avait lieu également de tenir compte de la situation de fortune du blessé et de celle de sa famille. »

Voici, du reste, la teneur du jugement qui relate les faits du procès :

» Le tribunal,

» Attendu que par exploit, en date du 2 septembre 1896, le Dr V... a formé contre la veuve Brun et la Société

Générale une demande tendant au paiement d'une somme de 2,500 fr. pour honoraires d'une opération qu'il aurait faite en juillet dernier au jeune Brun, employé à la Société Générale;

» Attendu que le Dr V... ne conteste pas avoir reçu 600 francs, qui lui ont été adressés par la dame Brun, le 26 août dans une lettre chargée;

» Mais qu'il prétend que cette somme ne peut être qu'un acompte, ses honoraires devant, d'après lui, être fixés à 2,500 francs qui devaient lui être payés et par la dame Brun et par la Société Générale solidairement, celle-ci s'étant, d'après les dires du Dr V..., formellement engagée à payer les soins donnés au jeune Brun;

» Attendu que le Dr V..., par ses dernières conclusions, demande subsidiairement que le tribunal ait recours à une expertise pour rechercher quelle était la gravité de l'opération chirurgicale pratiquée sur Brun, de dire quelles difficultés elle présentait, et de donner l'avis sur l'importance des frais et honoraires à lui dus;

» Mais attendu que d'un côté la dame Brun prétend s'être libérée par l'envoi des 600 francs susrelatés;

» Que, d'un autre côté, la Société Générale prétend n'avoir pris aucun engagement envers le Dr V...;

» Attendu que la première question à résoudre par le tribunal est de déterminer quel peut être le montant des honoraires dus au Dr V...;

» Attendu que le tribunal a, dès à présent, des éléments pour apprécier la nature et la gravité de l'opération et la rémunération qui peut être due à l'opérateur;

» Attendu qu'il s'agissait de l'énucléation de l'œil blessé, opération qui peut comporter des dangers pour l'opéré lorsqu'il y a de la panophtalmie, ce qui était le cas, mais opération toujours très rapide et ne présentant pas de difficultés sérieuses pour l'opérateur;

» Attendu qu'il s'agissait d'un blessé dans une situation très modeste, et par lui-même puisqu'il gagne de très minimes appointements à la Société Générale, et par sa famille, puisque sa mère veuve n'a même point les ressources suffisantes pour payer les frais de l'instance judiciaire;

» Attendu que, de plus, l'opération a été faite, non pas au domicile du blessé, mais dans la clinique même du Dr V..., dont le dérangement a, par conséquent, été moindre;

» Attendu que, même en admettant que la Société Générale soit tenue de payer les soins à donner à son employé, ce fait ne saurait permettre au tribunal d'élever les honoraires dus au Dr V... dans une proportion qui, pour se rapprocher de la situation de la Société Générale, dépasserait la situation même de l'opéré;

» Attendu que, eu égard à la situation de Brun et à celle très honorable du Dr V..., le tribunal trouve dans les éléments de la cause les éléments suffisants pour fixer à 600 francs les honoraires du Dr V...;

» Attendu que le chiffre étant ainsi fixé et cette somme ayant été payée, toutes les autres questions disparaissent des débats;

» Par ces motifs,

» Déclare le Dr V... mal fondé en ses demandes, fins et conclusions,

» L'en déboute;

» Et le condamne en tous les dépens. »

Nous ne saurions admettre cette manière d'apprécier les honoraires dus à un chirurgien.

Tout d'abord, le tribunal a eu le tort, d'après nous, de ne pas ordonner l'expertise qui avait été sollicitée par le Dr V..., à l'effet de déterminer la gravité de l'opération pratiquée sur le blessé; il eût été prudent de la part des juges de s'entourer de toutes les lumières propres à éclairer leur religion.

Après expertise, le tribunal n'aurait probablement pas émis l'avis que l'énucléation de l'œil, lorsqu'il y a de la panophtalmie, est une opération, peut-être dangereuse pour le blessé, mais en tout cas rapide et sans difficultés pour le chirurgien!

Nous arrivons de plus en plus à nous convaincre que nos magistrats ne sont pas précisément heureux lorsqu'ils s'aventurent dans le domaine des sciences médicale et chirurgicale.

En outre, si nous estimons que le médecin doit tenir compte de la situation de fortune du malade, nous ne pouvons admettre, qu'en principe, un patron qui fait donner des soins à son employé, ne doit que les honoraires qu'aurait pu réclamer le malade.

Avec un semblable système, il arriverait parfois que, pour peu que l'employé fût tout à fait pauvre, l'engagement pris par le patron fortuné deviendrait absolument platonique, puisque l'employé ne pouvant payer un médecin, le patron se trouverait ainsi ne rien devoir à ce dernier.

Il y a, du reste, des cas où le patron peut directement être intéressé à ce que son employé soit bien soigné ou bien opéré. Ceci arrivera, par exemple, lorsque la blessure reçue par l'employé sera de nature à entraîner la responsabilité du patron. Ne sera-t-il pas plus équitable, qu'en cette circonstance, le patron verse au médecin les honoraires qui lui sont normalement dus?

Dans l'espèce rapportée par le jugement dont s'agit, le jeune homme, attaché au service de la Société Générale, avait, paraît-il, été blessé pendant l'heure consacrée au déjeuner, repas qu'il était obligé de prendre dans le bureau où il était employé. On peut, jusqu'à un certain point, considérer que ce jeune homme a été blessé dans l'exercice de ses fonctions, et on comprend que la Société Générale avait tant intérêt à remettre le jeune blessé entre les mains d'un praticien expérimenté.

Le médecin-oculiste avait, pour ainsi dire, été choisi par le patron, celui-ci devait donc payer en sa qualité de patron et non comme employé.

P. COURADIN,
Avocat à la Cour d'appel.

La conférence des avocats stagiaires, présidée par M. le bâtonnier Ploger, a été appelée, le mardi 23 novembre 1897, à donner indirectement son opinion sur l'affaire du Dr Laporte.

Voici, en effet, la question qui a été discutée :

« Un médecin peut-il être déclaré, par le tribunal, responsable à raison d'une imprudence exclusivement » imputable à l'homme de l'art? ».

Deux orateurs ont soutenu l'*affirmative* et un seul la *négative*.

Toutefois, après les conclusions du rapporteur dans le sens de la *négative*, l'auditoire a voté, presqu'à l'unanimité que les médecins n'étaient pas responsables en pareil cas.

Espérons que ce sera bientôt l'avis de la Cour d'appel.

P. COURADIN.

LES LIVRES

Georges Carré et Naud, 3, rue Racine, Paris.

Le torticolis et son traitement, par le Dr P. REDARD, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien en chef du Dispensaire Furtado-Heine; 1 volume in-8° écu de 252 pages, avec 65 figures dans le texte. Prix : 6 fr.

Les importantes recherches et découvertes, concernant le torticolis, faites dans ces dernières années, surtout au point de vue thérapeutique, justifient la publication du travail du Dr Redard.

Dans ce volume, il étudie le torticolis *médical et chirurgical*, signalant les signes, les méthodes de traitement qui sont communs à ces deux types de difformité du cou. Décrivant toutes les variétés du torticolis, il insiste surtout sur les formes les plus intéressantes et les plus fréquentes, c'est-à-dire le torticolis musculaire et articulaire. S'appuyant sur les travaux anciens et modernes et aussi sur ses recherches personnelles, l'auteur expose l'état actuel de nos connaissances sur le torticolis ainsi que les découvertes récentes. Il indique au point de vue pratique, les caractères des différentes variétés de torticolis, les symptômes qui servent à les reconnaître et surtout les méthodes qui servent à les guérir.

L'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, l'anatomie pathologique, le pronostic et le traitement font l'objet des différents chapitres de cet intéressant volume. Enfin, dans un dernier chapitre, et non le moins attrayant, l'auteur indique en détails les résultats qu'il a obtenus par la méthode de traitement du torticolis chirurgical qu'il recommande. Un grand nombre de figures inédites, empruntées à la collection photographique du Dispensaire Furtado-Heine, illustrent cet ouvrage qui sera certainement lu avec le plus vif intérêt par les chirurgiens aussi bien que par les médecins.

Agence centrale de la Presse scientifique internationale, 92, boulevard Saint-Germain.

Origine de la doctrine microbienne; Alphonse Guérin, sa vie, ses œuvres, par M. OBRIEUX DE LA PORTE.

« Chez Alphonse Guérin, a dit le professeur Guyon, l'homme est aussi intéressant à étudier que le chirurgien. » Aussi, le livre qui retrace sa vie et ses travaux offre-t-il non moins d'attrait aux gens du monde qu'aux médecins. Il est semé d'anecdotes piquantes qui mettent en relief un caractère original et sympathique, énergique et doux. Le cœur vaut la tête, et ce n'est pas peu dire. On se souvient que le Dr A. Guérin revendiqua devant l'Académie de Médecine et la Société de Chirurgie, sans trouver de contradicteur, le titre d'initiateur de la doctrine microbienne. Le livre qui vient de paraître éclaire ces revendications de documents qui jettent un jour nouveau sur cette question intéressante. Il est orné de belles gravures, représentant notamment le portrait du célèbre chirurgien, des modèles de son pansement et le remarquable monument qui lui a été élevé à Ploërmel.

Chez Masson et Cie, boulevard Saint-Germain, 120.

L'appendicite, (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*) par le Dr CH. MONOD, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de Médecine, et J. VANVERTS, interne des hôpitaux de Paris, broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 fr.

Le médecin qui veut connaître l'histoire de l'appendicite telle qu'elle doit être aujourd'hui comprise, ou l'étudiant qui en aborde pour la première fois l'étude, se trouvent perdus au milieu des nombreux travaux qui y ont trait et qui, pour la plupart, concernent un point spécial de l'affection. Encore doivent-ils se déclarer heureux si, s'adressant à plusieurs sources pour compléter leurs connaissances, ils ne se trouvent pas en présence d'opinions absolument contraires sur le même sujet. C'est pour combler cette lacune que les auteurs publient ce volume. Condenser en quelques mots toutes nos connaissances sur la question, voilà quel a été leur but.

L'union, dans une œuvre commune, d'un maître clinicien qui a fait ses preuves et d'un de ses meilleurs élèves

au courant des plus récentes recherches, donne à l'ouvrage une valeur particulière.

Ce travail ne traite que de l'appendicite; la vieille typhlite, en effet, ne doit plus être décrite en tant que maladie susceptible de donner lieu aux accidents qu'on lui a longtemps attribués. Le long chapitre de l'anatomie pathologique se termine par une étude histologique très complète, due à M. le Dr Macaigne. Sur la question complexe et épineuse que représente la pathogénie de l'appendicite, les auteurs montrent qu'on peut concilier les théories les plus contraires en apparence, et nous en donnent une conception à la fois claire et satisfaisante. Eclectiques en fait de pathogénie, ils le sont aussi au point de vue thérapeutique; après avoir exposé en quoi consistent le traitement médical et le traitement chirurgical, ils distinguent un certain nombre de cas cliniques dans lesquels ils essayent de poser les indications et contre-indications de ces deux traitements, qu'on a en tort de trop opposer l'un à l'autre.

Ajoutons que cet ouvrage, fait avec beaucoup de soin, renferme de très nombreuses indications bibliographiques qui permettent au lecteur de se reporter facilement aux différents points spéciaux qu'il désire approfondir.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Hôpital Saint-Louis.

Des conférences complémentaires sur les maladies cutanées et syphilitiques sont faites dans le service de M. le professeur Fournier, depuis le 15 décembre, par MM. Cathelineau, Gastou et Emery, aux jours ci-après désignés :

Mardi, à 8 heures 3/4, M. Cathelineau (médicaments employés en dermatologie : description, emploi, recherche dans les urines).

Mercredi et samedi, à 8 heures 3/4, M. Gastou (pathologie générale et thérapeutique).

Mercredi, à 9 heures 1/2 et jeudi à 9 heures, M. Emery (présentation et examen clinique des malades : opérations dermatologiques).

VARIA

A propos des stations thermales.

Dans sa réunion annuelle du 9 courant le Syndicat des médecins des stations thermales et balnéaires de France a décidé d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur la crise que traverse l'industrie thermale depuis quelques années et qui ne contraste que trop avec la prospérité toujours croissante des stations allemandes ou austro-hongroises.

Le Syndicat pense avoir trouvé les moyens les plus propres à remédier à cet état de crise en proposant les mesures suivantes :

1° Créer un conseil supérieur des eaux minérales, qui réunirait les attributions actuellement réparties entre l'Académie de Médecine et le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

2° Organiser, ou plutôt, réorganiser l'assistance publique aux eaux minérales, aussi bien dans un intérêt d'humanité que dans l'intérêt de la clinique thermale et même de la prospérité des stations (les tous petits ruisseaux finissant par faire des rivières).

3° Créer auprès de toutes les Facultés de médecine un enseignement pratique de l'hydrologie — enseignement qui pourrait être donné, en province, par un agrégé ou un chargé de cours — et instituer, à la Faculté de Paris, une chaire magistrale d'hydrologie à laquelle seraient rattachés — ne fût-ce que pour raisons budgétaires, sans parler des autres — les services épars d'analyses des eaux minérales, etc., etc.

4° Provoquer une revision de la législation des eaux minérales.

5° Essayer d'obtenir des pouvoirs publics, à l'instar de ce qui se passe dans nombre de stations allemandes, l'établissement d'une *cure taxe* dans les stations thermales qui jugeraient de leur intérêt d'y avoir recours.

Tout cela, semble-t-il, demandera du temps, beaucoup de temps, et se heurtera, croyons-nous, à de nombreuses difficultés, qu'il ne serait pas à propos d'énumérer ici. En attendant, les intéressés — stations thermales, municipalités, Sociétés fermières, propriétaires, médecins de villes d'eaux, hôteliers, etc. — feront bien de compter sur eux, rien que sur eux, sur leurs efforts propres, avant de compter sur la Providence-Etat, comme c'est la mode aujourd'hui.

Aide-toi, car le Ciel ne t'aidera probablement pas.

(*Bulletin médical.*)

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Fêtes de Noël 1897 et du Premier de l'An 1898

A l'occasion des Fêtes de Noël 1897 et du Premier de l'An 1898, la Compagnie d'Orléans a décidé que les billets aller et retour à prix réduits, qui seront délivrés aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, du vendredi 24 décembre inclus au mardi 4 janvier inclus, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du mercredi 5 janvier.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif lorsqu'elle expirera après le 5 janvier.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.

68e ANNÉE. 10e SÉRIE. TOME I. N° 52 25 DÉCEMBRE 1897

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal de Chirurgie clinique et thérapeutique

Rédacteur en chef : **Dr Pierre SEBILEAU.**

REVUE GÉNÉRALE

Diathèse lymphogène [lymphadénose] (1).

Par le Dr J. VIRES,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

(*Suite et fin.*)

III

Physiologie pathologique. — 1° Au point de vue nosologique, l'anatomie pathologique est favorable à la doctrine uniciste : dès le début le caractéristique anatomique de la diathèse lymphogène est à la fois l'hyperplasie cellulaire et la prolifération conjonctive attestant ainsi l'unité du processus.

Elle montre que la leucémie peut se transformer en pseudo-leucémie, grâce à l'oblitération des voies lymphatiques par la sclérose, c'est-à-dire grâce à la marche du processus lymphadénique lui-même. Elle confirme l'hypothèse de Jaccoud : « Il est possible que les vaisseaux efférents soient imperméables par compression, disait-il, et que les globules blancs n'arrivent pas dans le sang, parce que la route leur est fermée. » En effet, *si les leucocytes ont perdu la faculté d'émigration*, c'est qu'ils sont emprisonnés par la sclérose dans les organes originels (Cavalié).

2° Au point de vue pathogénique, elle n'a pu fixer encore les rapports des altérations du sang avec celles des organes hématopoiétiques, pas plus que la corrélation des lésions viscérales avec la nature des éléments cellulaires contenus dans le sang.

α Sur le premier point, Dieulafoy, Ehrlich, Renaut subordonnent l'hypergenèse des leucocytes aux lésions viscérales et ganglionnaires. Cavalié admet les lésions primitives des organes hématopoiétiques : non seulement son maître Kiener et lui on vu les organes hématopoiétiques donner naissance à des leucocytes, mais encore ils n'ont jamais aperçu dans le sang aucune des transformations des leucocytes dont parle Ehrlich, nulle trace de cette hypergenèse directe des leucocytes dont Renaut fait l'unique mode de production de la leucocythémie.

β Sur le second point, à savoir chaque tissu hématopoiétique malade fournit-il au sang un ordre déterminé d'éléments cellulaires ? Le problème reste entier. Il semble acquis toutefois que le lymphocyte peut naître indifféremment dans les ganglions, la rate, la moelle osseuse; il provient alors des cellules endothéliales du parenchyme.

Il naît aussi de l'endothélium vasculaire du foie, qui se trouve ainsi restitué à sa fonction hématopoiétique embryonnaire.

IV

Diagnostic. — Chez un malade présentant le syndrome caractéristique de la lymphadénie, quelle que soit la variété clinique réalisée, à savoir : *asthénie, splénomégalie, leucocytémie, adénopathies*, le diagnostic sera aisé, au moins le diagnostic nosologique. Quand il faudra rattacher ce syndrome à une cause, et établir sa nature pathogénique, la tâche deviendra plus ardue. En effet, nombreuses sont les maladies qui peuvent le présenter et qu'il faut différencier de la lymphadénie. Ce sont : la tuberculose, la syphilis,

(1) Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*, n° 142, p. 1373, 11 décembre 1897.

le cancer, les anémies, plus particulièrement l'anémie perniciense, le paludisme; de plus, certains symptômes, tel la leucocytose, sont rencontrés après de grosses hémorrhagies, des infections. Sur quels éléments le clinicien fondera-t-il son diagnostic?

1° L'examen du sang, son étude à l'aide des réactifs permettra de résoudre d'importantes questions et, dans tous les cas, il s'impose.

Si, d'une part, le microscope décèle plus de 80.000 leucocytes par millimètre cube, c'est bien qu'il y a leucocythémie; si, d'autre part, les éléments constitutifs du sang donnent les réactions histo-chimiques que nous avons longuement énumérées plus haut, c'est qu'elle est fonction de la diathèse lymphogène et non pas des hémorrhagies, non pas d'une infection, non d'un cancer. La leucocytose simple qui s'observe fréquemment chez l'enfant dans diverses maladies s'accompagnant de tuméfactions ganglionnaires (scrofule, prurigo, syphilis, catarrhe gastro-intestinal chronique) et qui se rencontre au cours des processus normaux de la digestion, se distingue de celle de la leucémie en ce qu'elle n'est ni si permanente, ni si progressive que dans cette dernière (Audéoud).

2° Mais l'examen du sang ne donne pas de résultats et l'on est en présence d'adénopathies colossales et généralisées. Le cancer, la syphilis, la tuberculose, une infection microbienne généralisée et suraiguë peuvent les réaliser sous la même forme que la lymphadénie. Oui, sans doute, mais le cancer est rarement primitif dans les ganglions. Il est toujours secondaire, indique une localisation d'un processus siégeant au niveau d'un viscère ou d'un organe quelconque, une propagation des éléments néoplasiques.

Mais la syphilis se localise en des ganglions préférés et ne réalise jamais la généralisation colossale de la lymphadénie. Puis les antécédents des malades, la recherche de cicatrices suspectes, l'aveu d'un chancre antérieurement contracté seront des éléments précis de distinction.

La tuberculose localisée aux ganglions est monnaie courante. L'aspect du tuberculeux n'est pas celui de l'adénique. L'aspect des masses ganglionnaires n'est pas celui qu'on rencontre dans l'adénie. Le ganglion tuberculeux se caséifie et devient fluctuant et purulent : il renferme le bacille de Koch. Le ganglion adénique est dur, résistant, ne fluctue pas, ne devient pas purulent s'il n'est pas traumatisé, souillé, infecté, ensemencé par un microbe exogène : il renferme le microbe importé de l'extérieur.

3° Une infection microbienne généralisée peut retentir sur l'organisme, sur le sang et le système ganglionnaire et simuler le type clinique aigu et suraigu. Ce sera la *fièvre ganglionnaire*.

Dans la fièvre ganglionnaire nous avons une adénopathie aiguë limitée qui, après avoir atteint rapidement son acmé, décroît avec une certaine lenteur, mais finit par se résondre complètement dans un temps relativement court (quelques semaines).

4° Le rachitisme, le paludisme, la syphilis peuvent, soit chez l'adulte, soit chez l'homme, être confondus avec la diathèse lymphogène, non seulement parce que ces maladies retentissent sur le sang, mais qu'elles donnent très fréquemment la spléno-mégalie.

Devons-nous faire le diagnostic de la lymphadénie d'avec l'anémie simple et l'anémie perniciense?

D'aucuns l'ont tenté, se fondant sur l'examen du sang, l'état général, les lésions des divers organes. C'est un diagnostic purement illusoire en vérité.

D'abord ces formes ne sont peut-être que des termes avant-coureurs de la lymphadénie, ensuite leur pathogénie est si obscure, la nature des infections qui les engendrent si disparate qu'on ne peut poser qu'un diagnostic de formes, partant incomplet, insuffisant.

V

Traitement. — La nature de la diathèse lymphogène nous est encore inconnue. Il ne peut donc être question d'une thérapeutique rationnelle, pathogénique.

A défaut de base scientifique, l'empirisme aurait peut-être pu nous faire découvrir une médication spécifique, comme elle l'a fait pour la syphilis et le paludisme : cette médication n'est pas trouvée.

Pour la rédaction de ce chapitre, nous avons largement mis à contribution l'excellent article de Lemoine (de Lille), du *Traité de Thérapeutique* d'Albert Robin.

Indications. — En présence d'un lymphadénique il y a lieu de considérer :

1° L'état général du malade, le plus souvent anémié et asthénisé. On devra s'employer à remonter l'état physique par des toniques;

2° L'état du sang que l'on cherchera à modifier, en facilitant l'hématose respiratoire et les échanges cutanés;

3° Les tumeurs ganglionnaires que l'on pourra traiter, s'il y a lieu, par les injections interstitielles de la liqueur arsenicale;

4° Les médications particulières à chaque cas isolé.

I. *Indications fournies par l'état général et les tumeurs ganglionnaires.*

a) *Traitement hygiénique.* — Maintenir en excellent état les fonctions digestives : donner assez souvent des laxatifs et même des purgatifs. Alimentation de choix, exercice modéré, vie au grand air, éviter les fatigues physiques et intellectuelles.

b) *Traitement médical.* — Il comprend :

1° La médication iodurée;

2° La médication mercurielle;

3° La médication phosphorée;

4° La médication arsénicale.

1° *Médication iodurée.* — Les iodnres sont des résolutifs. A ce titre, il est logique de les employer pour faire résondre les lymphadénies.

Bennett, Wunderlich expérimentent l'iodnre de fer, Grisolle, Vigié, Potain l'iodure de potassium.

Ces auteurs ont constaté sous l'influence des iodnres, surtout de l'iodure de potassium, nne diminution notable de l'engorgement ganglionnaire. Cette diminntion est malheureusement obtenue au prix d'une aggravation de l'état général. Le malade, en effet, maigrit, se cachectise plus vite et voit sonvent apparaître des épistaxis on des accidents cérébraux. Le professeur Lemoine cite un cas personnel, dans lequel il dut cesser la médication iodurée, médication qu'il rejette absolnment.

2° *Médication mercurielle ou de Zittmann.* — Elle eut son heure de célébrité, fut préconisée par Niemeyer, à qui elle réussit, mais échoua entre les mains de Vidal.

3° *Médication phosphorée.* — En 1876, Broadbert, Wilson, Fox, à la Société royale de Médecine et de Chirurgie de Londres, rapportèrent des cas de guérison par la médication phosphorée. De même, Moxon et Genner, Verneuil, en France, obtinrent une atténuation dn volume des ganglions. « Malheureusement de nombreux insuccès eurent lieu et cette méthode est aujourd'hui complètement mise de côté, tant pour son pen de fidélité que pour les dangers auxquels elle expose les malades. »

4° *Médication arsénicale.* — A l'heure actuelle, il semble bien démontré, que, de tous les traitements qui ont été successivement préconisés contre les diverses manifestations de la lymphadénie, celui par l'arsenic doit être choisi de préférence aux autres. On peut employer l'arsenic à l'intérieur, en injections intraganglionnaires.

a) *A l'intérieur :*

Liqueur de Fowler...... } ââ 5 grammes.
Teinture de malate de fer }

Commencer par X gouttes, augmenter gradnellement (Billroth).

Liqueur arsenicale de Fowler. 5 grammes.
Teinture de rhubarbe....... 2 —
(Formule allemande.)

Liqueur arsenicale de Fowler X gouttes.
Laudanum de Sydenham... X —
Julep gommeux............ 100 grammes.
F. S. A. Potion (Lemoine).

b) *Injections interstitielles dans les ganglions hypertrophiés :*

Cette médication rappelle les noms de Luton, Billroth, Czerny, Israël, Esmarch, Küster, Terrillon, Reclus, Barth, Drew.

On se servira d'une solution faite avec moitié liqueur de Fowler et moitié ean, dont on injectera tous les deux jours nne dose variable suivant l'état du malade. On commencera par II gouttes et l'on augmentera peu à peu, en se tenant sur la limite des phénomènes d'intoxication.

On peut commencer par V gonttes et augmenter plus ou moins vite, jusqu'à L gouttes et au delà par jour.

Ces injections interstitielles ont des snites variables : ou bien on constate nne atténuation dans le volume des tnmeurs, ou bien celui-ci ne régressant pas, l'état général s'altère, le malade se cachectise et aux troubles causés par la diathèse lymphogène s'ajoutent cenx de l'empoisonnement par l'arsenic, ou bien encore des exanthèmes se montrent, nodosiformes, brillants, d'un rouge cuivreux, siégeant aux extrémités du côté des extenseurs (Karewski), des démangeaisons, des pustules, de l'ecthyma.

Médication tonique. — Elle se réalise par l'emploi des ferrugineux et du sulfate de quinine.

1° Les ferrugineux furent préconisés par Trousseau, Isambert et Vidal. Le perchlorure de fer est indiqué dans les formes hémorrhagiques et doit être prescrit à l'intérieur à la dose de XV à XXX gouttes par jour.

2° Le sulfate de quinine recommandé par Mosler et Vidal a donné qnelques bons résnltats. Lemoine le dit infidèle.

II. *Indications fournies par l'état du sang.* — Nous savons combien variées et profondes sont les

lésions du sang chez les lymphadéniques. Le sang pauvre en globules rouges s'oxygène insuffisamment et, par suite, les échanges nutritifs de toute l'économie en souffrent. Il y a donc lieu de chercher à activer la circulation du sang et à faciliter son contact avec l'oxygène.

Dans ce but, on peut se servir des inhalations d'oxygène qui seront répétées chaque jour, aussi fréquemment qu'il sera possible au malade.

Le premier effet de cette médication est de diminuer la dyspnée parfois si pénible, qui peut se manifester, même pendant le repas, chez les sujets dont la leucémie est très développée (Lemoine).

La transfusion du sang a donné des résultats variables entre les mains de divers auteurs.

Les fonctions de la peau doivent être surveillées de très près; car on sait de quelle importance elles sont, quand il s'agit de faciliter la respiration cutanée. *Douche* très courte, froide ou tiède, selon les cas, suivie d'une forte *friction*, ou même d'un peu de *massage*. Douches locales froides sur l'hypochondre gauche (Mosler).

III. *Thérapie chirurgicale.* — Elle vise les ganglions et la rate.

Les ganglions, tout à fait au début de la maladie, pourront être extirpés. La rate a été enlevée.

Dans l'un et l'autre cas, les succès sont l'exception et la chirurgie ne paraît pas devoir intervenir fructueusement.

IV. *Indications tirées de chaque cas particulier.* — D'après les formes cliniques, les complications, localisées plus particulièrement sur tel ou tel appareil ou tel ou tel organe, on fera varier la thérapeutique qui s'adressera aux symptômes ou au signe, suivant sa gravité et son importance.

Je dois enfin dire un mot du traitement hydrominéral et de l'organo-thérapie.

1° On a conseillé, contre la diathèse lymphogène, les eaux chlorurées arsenicales de la Bourbonle, les eaux iodurées et bromurées de Saxon, de Kreuznach, Salins, la Mouillère-Besançon, Salies-de-Béarn, Biarritz. On pourra choisir suivant les accidents présentés par le malade des eaux arsenicales, bromo-iodurées, ferrugineuses.

2° On a employé la moelle osseuse prise à l'intérieur et le suc splénique (rate broyée et réduite en extrait glycériné.

Fraser, Drummond (en Angleterre), Combe (à Lausanne), Bigger, de Feodosia, Whait citent des cas d'amélioration forte et rapide obtenus par la moelle osseuse prise à l'intérieur.

On prend une moelle osseuse fraîche de veau On la triture simplement à froid, une cuillerée à soupe pour trois cuillerées d'eau, le tout est filtré et mélangé au lait des vingt-quatre heures.

La rate peut être employée sous forme de poudre de rate desséchée (de Céreville, Lausanne), ou sous forme d'extrait aqueux de rate évaporé, à consistance sirupeuse et additionné de chlorure de sodium. On en donne 1 à 5 grammes dans le bouillon (Cohnstein, à Berlin).

L'avenir seul nous fixera sur la valeur de ces médications nées des découvertes de Brown-Séquard.

REVUE GÉNÉRALE

Indications du traitement chirurgical dans la lithiase et les infections des voies biliaires (1).

Par le Dr Emile Forgue,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

A. — Des indications opératoires en général.

1° Indications pathogéniques. — Les indications opératoires sont ici dominées par deux faits : 1° l'obstruction des voies biliaires; 2° leur infection. Il s'ensuit que l'action chirurgicale vise un double but : désobstruer, désinfecter.

Les premières interventions ont surtout envisagé la première indication; à l'heure actuelle, au contraire, l'élément infectieux devient prépondérant dans la chirurgie des voies biliaires; son rôle est capital, même en matière de lithiase.

§ 1er. — *Des indications fournies par l'obstruction.* — L'obstruction est produite par trois facteurs principaux : par la lithiase; ou bien par un néoplasme avoisinant et comprimant les organes excréteurs de la bile; ou bien enfin par des lésions inflammatoires tuméfiant la muqueuse des voies biliaires ou rétrécissant leurs parois.

La lithiase crée à l'intervention ses occasions les plus fréquentes. Tantôt elle siège sur le canal collecteur — lithiase cholédocienne; tantôt elle se localise

(1) Extrait de la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, n° 101, p. 1202, 19 décembre 1897.

à la vésicule — lithiase cysto-vésicnlaire. La première éventualité est la plus grave : quand le cholédoqne s'obstrne, la rétention biliaire s'établit, plus ou moins complète suivant le degré d'imperméabilité du canal et, avec elle, la cholémie, qui, par la suppression de l'excrétion biliaire, par la stase sons pression et par les lésions qui en résultent pour la cellule hépatique, constitue une grave menace, capable de frapper d'échec nne désobstruction trop tardive. Quand, au contraire, les calculs restent cantonnés dans l'appareil diverticnlaire — vésicule et conduit cystique — la stagnation biliaire n'exerce son action qne sur une part accessoire du systéme, la grande voie reste libre, la sécrétion et l'excrétion hépatiques demeurent intactes; alors, l'intervention chirurgicale est sollicitée, avec un moindre degré d'urgence, par des douleurs et des complications inflammatoires plus ou moins graves.

Quoiqu'il en soit, dans les obstructions lithiasiques, le chirurgien se propose, comme intervention de choix, de débarrasser, par l'incision directe, les voies biliaires des calculs qu'elles renferment et de rétablir la circulation normale : c'est — suivant le siège des calculs et selon qu'on ouvre le cholédoque, le canal cystique ou la vésicule — la *cholédocotomie*, la *cysticotomie*, la *cholécystostomie*. Pour la vésicule, annexe anatomique non indispensable, l'opération pent être plus radicale et enlever du même coup, contenu calculeux et organe contenant : c'est la *cholécystectomie*. Enfin, si l'obstacle ne peut être supprimé, on le tourne, soit en dérivant la bile vers l'intestin par la *cholécystentérostomie*, soit en l'évacuant au dehors par une fistnle cutanée. Cette dernière intervention — *cholécystostomie* — répond à plusieurs indications : par cette bouche, dont la permanence se subordonne à son utilité, d'une part, on évacue les calculs, soit ceux qu'on n'a pu désenclaver en aval, soient ceux qui continuent à descendre des voies hépatiques supérieures, et, d'autre part, on draine la bile infectée — car les recherches contemporaines nous ont montré le rôle de l'infection dans les productions calculeuses, — l'on assainit les voies biliaires, et l'on prévient la récidive de la lithiase, en l'atteignant dans sa cause même.

Dans la deuxième hypothèse — obstruction néoplasique — la snppression radicale de l'obstacle est exceptionnelle, limitée aux cas rares d'une tumenr propre de la vésicule ou de ganglions libres le long du cholédoque, ou de brides comprimant le canal. Dans la presque totalité des cas, il s'agit d'occlusion du cholédoque, par nn cancer de la tête dn pancréas : le chirurgien se borne, par la cholécystentérostomie, à pratiquer une fistnle intestinale qni, si elle préserve le patient de l'empoisonnement biliaire, ne l'empêche poiut de succomber aux progrès de la lésion néoplasique. Riedel a récemment attiré l'attention des chirurgiens sur nne lésion inflammatoire de la tête du pancréas, simulant à s'y méprendre le cancer : en pareil cas, la fistule cysto-entériqne peut conférer un succés thérapeutiqne que les néoplasmes vrais ne comportent point.

§ 2. — *Des indications fournies par l'infection.* — Restent enfin les obstructions inflammatoires. Mais ici l'élément occlusion s'efface devant l'élément infectieux; et l'indication consiste à réaliser l'antisepsie des voies hépatiqnes. Au reste, nons l'avons déjà indiqué, l'infection prend, dans la chirurgie du système biliaire, la place dominante. Même chez les calculeux, son importance est fondamentale; et s'il en est qui sont demeurés aseptiques, il est plus fréquent de trouver des lithiasiques infectés, chez qui l'intervention no doit point se borner à l'évacuation des calculs formés, mais doit encore, sons peine de récidive ou d'échec par lésions hépatiques, drainer la bile septique.

Car, le meillenr procédé de désinfection, autrement efficace que les moyens médicaux, consiste à créer, pour un temps variable suivant le degré de la septicité biliaire, une fistule cutanée de la vésicule : ainsi s'évacue, avec les calculs, la bile infectée; les conduits afférents sont rendus perméables par la disparition de l'inflammation; et, grâce à cette issue libre, à cet entraînement mécaniqne des sécrétions, l'arbre biliaire est assaini jusqu'à ses racines intra-hépatiques. Ce drainage antiseptique du foie peut être soumis à un contrôle bactériologique exact, qui mesure ses délais nécessaires : des échantillons de bile, issue par la fistule, sont mis en culture; tant qn'ils cultivent et tant que persiste leur virulence, dont on peut apprécier expérimentalement le degré par inoculation à des animaux, il faut maintenir la bouche biliaire de dérivation. Cette conception nouvelle a permis d'étendre au delà de la lithiase le choix de nos interventions : ainsi sont devenues justiciables de l'intervention chirnrgicale l'angiocholite et la cholécystite infectiense non calculeuses. Et il est juste d'associer à ce progrès thérapeutique le nom de Terrier qui a, ici, prêché d'exemple, apporté des perfec-

tionnements techniques, suscité les travaux importants sortis de l'hôpital Bichat, et qui a insisté sur la nécessité de baser ces interventions sur une observation médicale et bactériologique approfondie.

2° INDICATIONS SYMPTOMATIQUES. — Cliniquement, la question de l'intervention est posée par les indications symptomatiques suivantes : 1° rétention biliaire; 2° douleurs rebelles au traitement médical; 3° tumeur de l'hypochondre; 4° phénomènes graves d'infection ou de dénutrition.

§ 1er — *Rétention biliaire*. — La rétention biliaire caractérisée par son syndrome — ictère persistant, décoloration des selles, urines chargées de matières biliaires — constitue incontestablement l'indication la plus pressante. Par l'action compressive qui résulte de la stase biliaire, en amont du cholédoque obstrué, par l'infection ascendante que favorise la rétention, la cellule hépatique est sous le coup de lésions graves qui peuvent évoluer avec une extrême rapidité, comme évolue la stéatose phosphorée, ce qui éveille bien la pensée d'une action spéciale exercée par les toxines. Or, c'est de l'état de la cellule hépatique que dépendent les suites de l'intervention; et c'est à devancer ces dégénérescences que nous devons nous efforcer désormais. L'urgence opératoire est surtout manifeste en matière d'obstruction calculeuse du cholédoque, puisqu'à l'encontre de l'obstruction cancéreuse notre intervention hâtive peut apporter ici la guérison radicale, et parce que, chez ces lithiasiques rétentionnistes, l'infection biliaire est la règle : l'action chirurgicale y est donc indiquée doublement, pour désobstruer et pour désinfecter. « Lorsque des phénomènes de rétention biliaire, par lithiase cholédoquienne, durent plus de trois mois, les chances de désobstruction, nous dit Quénu (1), sont si minimes qu'il est permis d'affirmer que, dans la généralité des cas, la chirurgie est l'ultime ressource; il y a tout avantage à ne pas attendre cette date de désespérance : avant que l'état général n'incline à baisser, il faut agir. » A ce titre, l'épreuve du glucose peut servir à mesurer l'atteinte de la cellule hépatique.

De là, l'importance majeure du diagnostic précoce et précis de la lithiase du cholédoque. Ce diagnostic est-il toujours possible? Avec Quénu, nous n'hésitons point à répondre négativement. D'abord, les phénomènes de rétention biliaire peuvent être incomplets ou trompeurs. A la période où ces malades sont livrés au chirurgien, le tableau morbide est, comme le dit Vautrin (1) « touffu et chargé de nombreux malaises au milieu desquels il faut savoir démêler l'obstruction cholédoquienne ». L'ictère peut manquer, la bile filtrant entre le calcul et la paroi dilatée, par un mécanisme comparable à celui de la miction par regorgement, ou ne se montrer que par intermittences, répondant à des engouements passagers par bouchons muqueux.

Mais, même quand le syndrome de la rétention biliaire est au complet, le diagnostic garde de grosses incertitudes. S'agit-il d'une obstruction calculeuse, ou d'une compression cancéreuse dans la région du cholédoque, ou d'une inflammation angiocholique ou cholédoquienne ? Telle est la triple hypothèse qui crée, en clinique, un problème souvent insoluble, que seule la laparotomie exploratrice est capable de trancher. Les ictères, liés aux grandes infections biliaires, surtout à celles portant sur les voies principales, évoluent avec une symptomatologie vive, avec un mouvement fébrile de véritable septicémie; ils se rattachent, de plus, à des conditions étiologiques spéciales — fièvre typhoïde antécédente ou arrivée à son déclin, état infectieux du tube intestinal ; — ce ne sont point eux qui créent les plus communes difficultés de diagnostic.

C'est entre l'obstruction calculeuse et cancéreuse que l'hésitation est plus fréquente. La permanence d'un taux d'urée voisin de la normale ne saurait faire exclure la qualité cancéreuse de l'obstacle : nous venons de faire, dans notre service de Montpellier, la cholécystostomie chez un ictérique pissant 20 grammes d'urée par jour, et que nous avons trouvé atteint d'un cancer à multiples nodules. La persistance de la réaction du salol, témoignant de l'intégrité fonctionnelle du pancréas, est un argument pour éliminer l'hypothèse d'un cancer siégeant à la tête de l'organe et fermant le cholédoque; mais ce signe encore vient de nous tromper. L'âge avancé du malade, la cachexie progressive, ne sont que des signes de présomption en faveur d'un carcinome des voies biliaires. L'existence de coliques hépatiques antérieures n'est pas même capable de donner toute certitude, l'obstruction du cholédoque pouvant être la première expression de la lithiase. Le signe de Courvoisier-Terrier, à savoir l'atrophie de la vésicule biliaire en cas de lithiase, sa dilatation en cas d'obstruction cancéreuse

(1) QUÉNU : Etude sur la chirurgie du cholédoque (*Progrès médical*, 4 mai et 11 mai 1895).

(1) VAUTRIN : De l'obstruction calculeuse du cholédoque (*Revue de Chirurgie*, 10 juin 1895).

est assurément un indice répondant à la majorité des cas; mais, comme le dit Quénu, sa valeur n'est pas absolue, le fait n'est pas constant ou parfois d'une constatation difficile, en raison de l'énorme hypertrophie du foie. Le signe de Vautrin consiste en la douleur déterminée, dans le cas de lithiase, par la palpation au niveau du cholédoque : « Il faut se placer du côté gauche du malade, étendre les doigts en dehors du muscle droit de l'abdomen, et appuyer avec la main, en déprimant ce muscle doucement, comme si l'on voulait atteindre et palper la gouttière vertébrale droite; si le malade est amaigri, on déterminera à un certain moment une douleur vive à la pression et on pourra même sentir une induration profonde. » Malheureusement, cette exploration sera rendue souvent difficile par l'épaisseur des parois; on sait, de plus, que les tumeurs du pancréas peuvent déterminer la formation, en amont, de calculs secondaires.

Donc, le diagnostic de la nature de l'obstacle est entouré de causes d'erreurs souvent insurmontables. D'autre part, quelle que soit la cause de la rétention biliaire, il y a tout intérêt à agir précocement. S'il s'agit d'un embarras calculeux ou d'une infection des voies biliaires, cette intervention aura d'autant plus de chances d'être curative qu'elle sera plus hâtive, sauvegardant la glande. Que, si on a affaire à un néoplasme, la valeur palliative de l'opération sera d'autant plus grande que l'on n'aura point laissé la cholémie joindre son œuvre à la cachexie cancéreuse. Et nous nous rattachons pleinement à la conclusion de Quénu : « Dans tous les cas où les signes de rétention biliaire, persistant pendant 3 mois sans aucune amélioration, permettent de supposer l'existence d'un calcul cholédoquien, il faut s'en assurer directement par une laparotomie exploratrice. »

§ 2. — *Douleurs*. — Depuis longtemps, un malade souffre de crises épatiques plus ou moins fréquentes, de troubles digestifs et de constipation ; les coliques, d'abord brèves et distantes, se sont rapprochées, prolongées, compliquées d'ictère permanent ou intermittent, de prurit, d'insomnies, de décoloration des selles, d'urines pigmentées : c'est le tableau habituel de l'obstruction calculeuse du cholédoque, et il faut intervenir avant que l'amaigrissement ne s'accuse. Au contraire, il convient, comme l'a dit Gérard-Marchant, de ne pas compter sur les signes de la colique hépatique pour faire le diagnostic de la lithiase vésiculaire. Dans la cholécystite calculeuse, l'évolution est souvent insidieuse : le type classique de la colique hépatique s'y réduit à une forme fruste, revêtant parfois les allures vagues de crises gastriques, localisées habituellement à la vésicule, ce qui tend à prouver que, très probablement, les calculs vésiculaires ne progressent pas du foie vers le cholécyste, mais qu'ils sont une formation vésiculaire propre. L'ictère alors est absent, puisque l'obstruction se limite aux voies accessoires ; la cholémie par rétention n'est pas menaçante. Et c'est par ces symptômes douloureux, par les complications inflammatoires qu'elles traduisent, que l'intervention est motivée : après extirpation ou assainissement du cholécyste enflammé et calculeux, les douleurs cessent pour ne plus revenir.

D'autre part, il faut savoir que la colique hépatique n'est point spéciale à la lithiase et les faits sont assez nombreux de malades « faux calculeux » ayant présenté la localisation nette de la colique biliaire, ses intermittences, l'ictère concomitant, chez lesquels le chirurgien ne découvre aucun calcul au moment de l'opération. Il s'agit alors généralement de péricholécystites adhésives : les crises douloureuses sont liées à un travail d'adhérences péritonéales ; l'opérateur obtient un succès par la simple libération des brides. Knaggs guérit ainsi un malade qui souffrait depuis 12 ans de pseudo-coliques hépatiques avec ictère ; Sendler, Gersuny, ont aussi débarrassé de leurs douleurs, par la destruction d'adhérences membraniformes, sans toucher à la vésicule, des faux calculeux ; et Fränkel a raison de dire que « l'apparence de la colique hépatique peut être engendrée par des processus inflammatoires qui ont parfois, il est vrai, le même rôle dans les affections calculeuses de la vésicule, mais qui souvent constituent la seule étiologie de l'affection douloureuse. »

§ 3. — *Tumeurs*. — La palpation a révélé la présence d'une tuméfaction de l'hypochondre. Le chirurgien doit s'attacher à préciser s'il s'agit d'un gros foie, d'une tuméfaction paracystique de la région vésiculaire, ou d'une tumeur de la vésicule même.

Le gros foie, soit par congestion, soit par infection radiculaire, complique souvent les obstructions calculeuses ou néoplasiques du cholédoque ; mais d'autres indications alors commandent l'intervention. Il est, par contre, un certain nombre de faits où l'opérateur est intervenu pour l'« hépatomélagie », pour l'hypertrophie du foie même, compliquée de subictère ou d'ictère. En 1889, Segond pratiquait dans ces conditions une laparotomie exploratrice

et ne trouvait qu'un état congestif du foie : la guérison fut complète. Nous avons récemment opéré de même un malade du professeur Grasset. En 1890, Terrier intervenait pour une hypertrophie du foie avec ictère : une fistule cutanée fut établie : au 14e jour l'ictère disparaissait, puis les accès fébriles cessèrent ; le malade guérit. En 1891, Quénu obtenait un favorable résultat chez une femme atteinte de douleurs vives, sans ictère, porteuse d'une volumineuse tumeur formée par le lobe gauche cirrhotique, congestionné et granuleux, recouvert d'adhérences épiploïques.

Parmi ces hépatomégalies, il faut, comme Longuet,1) l'a fait, distinguer des catégories où l'indication se pose de façon différente. Il y a d'abord des cirrhoses hypertrophiques avec ictère, de Hanot : nous inclinons à penser que le travail de sclérose y répond à une infection biliaire, subaiguë ou chronique, sujette à des recrudescences marquées par des poussées fébriles, par l'augmentation du volume du foie, par l'exagération de l'ictère ; il devient rationel, selon cette conception, de dériver hors des voies biliaires, par une fistule cutanée, cette bile infectieuse qui exerce sur le réseau une action irritante. Bien que le fait de Terrier soit à peu près seul à appuyer cette pratique, le principe est peu contestable. En d'autres faits, dont l'opération de Quénu est le type, la libération d'adhérences peut exercer sur un lobe cirrhotique un bon effet ; ailleurs, comme dans les cas de Routier et de Segond et dans le nôtre, la simple exploration, peut-être le massage des canaux biliaires exécuté au cours de l'examen, ont procuré des guérisons rares, peu expliquées, d'ailleurs insuffisantes pour faire exemple.

La région vesiculaire peut être tuméfiée par des suppurations paracystiques, qui sont à la vésicule infectée ce que sont les phlegmons de la fosse iliaque à l'appendicite. J.-L. Petit conseillait déjà d'ouvrir ces abcès paravésiculaires « sans craindre l'épanchement ; car il ne faut pas attendre que la nature fasse toujours des miracles il est vrai qu'elle les commence puisqu'elle procure les adhérences ». Les abcès antérieurs s'évacuent par une incision en dehors du grand droit ; les antéro-supérieurs par une thoracotomie ; les postéro-supérieurs par la voie transpleurale d'Israël et Segond ; les postéro-inférieurs par la voie lombaire. De semblables interventions ne méritent point le nom de cholécystostomies : les poches de péritonite circonscrite sont alors le fait principal, la présence de la vésicule, enflammée et perforée, devient accessoire ainsi que le dit Langenbuch : il suffira de la débrider, de la mettre au net par des irrigations antiseptiques et l'extraction des calculs accessibles, de même qu'on néglige l'appendice dans les interventions pour suppurations pérityphliques. Plus tard on pourra trouver, dans la persistance des symptômes locaux, ou dans les récidives, l'indication d'une cholécystectomie secondaire, supprimant le foyer originel.

Un magma d'adhérences périvésiculaires peut être pris pour la vésicule distendue : cela arriva à Keen et à Musser en 1882. Comme l'a dit Terrier et comme l'a confirmé Tuffier, le diagnostic de *grosse vésicule lithiasique* porté antrefois en l'absence de vérification anatomique, était applicable aux petites vésicules entourées de grosses adhérences. De plus, le rôle des péritonites périvésiculaires, des péricholécystites fibreuses, pouvant exister en dehors de la lithiase, a été bien mis en lumière surtout par Fränkel et Sendler, qui ont appelé l'attention sur le syndrome douloureux et ictérique auquel elles donnent lieu. Il est des faux calculeux, avec colique, avec ictère, avec tuméfaction sous le rebord costal, chez qui l'on ne peut rencontrer qu'un englobement de la vésicule dans une masse d'adhérences et qui guérissent par simple suppression de ces brides, sans ouverture des voies biliaires.

La vésicule peut être distendue soit par du pus — empyème vésiculaire — soit par de la sérosité — hydropisie vésiculaire — soit par du sang, hypothèse exceptionnelle. La ponction exploratrice préalable est le moyen de fixer sur ce point l'opérateur. Nous savons, depuis Courvoisier, que dans la cholécystite calculeuse les lésions aboutissent à une rétraction de la vésicule : si bien qu'une dilatation de l'organe dirige le diagnostic soit vers l'hypothèse d'une obstruction néoplasique, soit vers celle d'une cholécystite non calculeuse ; nous connaissons cependant les infractions à cette loi et les hydropisies transparentes de la vésicule, dans la lithiase biliaire. Une distension permanente, sans régression de la vésicule indique l'intervention chirurgicale : dans le cas de cancer elle pare à la cholémie ; dans le cas plus intéressant de cholécystite, elle évacue, par la cholécystostomie, opération de choix, le contenu septique enfermé dans la vésicule, draine l'arbre biliaire et protège la cellule hépatique, prévient les adhérences et met un terme aux douleurs. — Les communications de Tuf-

(1) Longuet : Traitement chirurgical de l'angio-cholécystite non calculeuse (thèse de Paris, 1896.

fier (1), de Michaux (2), de Schwartz (3), de Broca (4), de Routier, de Marchant, à la Société de Chirurgie, en 1896, ont mis en relief les indécisions que peuvent créer à l'opérateur les distensions claires ou purulentes de la vésicule : ici, c'est une hydropisie transparente du cholécyste que Tuffier prend pour un kyste hydatique; plus souvent l'erreur consiste à confondre avec une tumeur du rein une collection de la vésicule; c'est surtout avec le rein mobile que la confusion est possible, d'autant qu'il n'est pas rare de le voir coïncider avec une lithiase vésiculaire. Cette confusion peut être ainsi évitée : « Lorsque l'on presse, nous dit Schwartz, sur la tumeur biliaire, elle fuit et s'enfonce dans la profondeur, elle n'y reste pas; il suffit de lâcher la pression pour la sentir reprendre sa position initiale plus superficielle; il n'en est pas de même pour le rein mobile qui remonte au-dessous du foie, mais y reste. »

§ 4. — *Symptômes généraux.* — La fièvre mérite, au premier chef, l'observation du chirurgien : elle traduit la résorption septique, de même que la cholémie exprime la résorption biliaire. Or, c'est par ces deux ordres d'intoxication que le malade est menacé. Il est des cas où intervient seule la résorption de la bile : cela s'observe chez des calculeux aseptiques. Chez ces malades, dont la situation est comparable aux calculeux vésicaux non infectés, le péril existe, résultant de l'acholie intestinale et surtout de l'hypertension dans la colonne biliaire stagnante et de la pression que s'exerce sur la cellule hépatique. Mais ce danger est singulièrement accru quand l'infection intervient, joignant son effet toxique et nécrosant pour les cellules de l'organe à l'intoxication biliaire : de même qu'un calculeux vésical infecté devient un rénal, de même le calculeux biliaire devient un hépatique; et Charcot a rapproché, en un beau parallèle, la fièvre « uro-septique » de la fièvre hépatique. Or, nous sommes désormais capables de réaliser chirurgicalement cette antisepsie biliaire : sans doute, il est des infections aiguës, du type de l'ictère grave, promptement pernicieuses à l'élément hépatique, qui continueront à rester hors de notre pouvoir; mais dans la plupart des angiocholites, nous pouvons, par l'évacuation de la bile septique, désinfecter l'arbre biliaire; et il nous est loisible d'apprécier bactériologiquement l'effet de cette désinfection, en déterminant, par les cultures, la richesse bactérienne et la virulence du liquide biliaire.

Donc, l'état septique commande, à titre d'indication prééminente, notre intervention; et la fièvre en est un bon signe. A côté, se placent les indices de la dénutrition, de l'insuffisance hépatique, de la suppression de l'excrétion biliaire : l'amaigrissement, la déchéance du taux d'urée, l'hypertoxicité des urines quand le rein doit éliminer les toxines qui ne modifie plus le foie insuffisant, le trouble profond de la digestion intestinale qui n'est possible que grâce à l'alcanisation de son contenu par la bile, voilà autant de symptômes qui deviennent des raisons d'agir chirurgicalement dès que la médecine a fait aveu d'impuissance.

(A suivre.)

(1) Tuffier : Lithiase de la vésicule et cholécystostomie (Société de Chirurgie, 18 mars 1896 et 27 mai 1893).

(2) Michaux : Société de Chirurgie, 6 mai 1896.

(3) Schwartz : Société de Chirurgie, 13 mai 1896.

(4) Broca : Société de Chirurgie, 6 mai 1896.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre. — Présidence de M. Delens.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Poirier. — Le procédé que préconise M. Richelot est tout à fait analogue à celui que j'ai décrit en 1896 au Congrès de Chirurgie après avoir eu plusieurs fois l'occasion de l'appliquer avec succès.

Ce procédé, qui présente de réels avantages dans un assez grand nombre de cas, ne convient cependant pas à tous.

Dans la discussion à laquelle a donné lieu la communication de M. Richelot, on a, à plusieurs reprises, appliqué à l'hystérectomie abdominale totale le nom de procédé de choix. Je crois que cette dénomination revient plutôt à l'hystérectomie sus-vaginale, avec pédicule réduit, cette opération étant infiniment plus facile, moins longue et moins dangereuse que l'hystérectomie abdominale totale.

M. Tuffier. — J'ai été un des premiers, en 1895, avec M. Ricard, à défendre l'hystérectomie abdominale totale (Voir *Gazette Médicale*, 1895, p. 270). Depuis cette époque, j'ai continué à pratiquer cette opération, mais je suis cependant resté fidèle à l'hystérectomie vaginale pour les petits fibromes ainsi qu'à la castration ovarienne pour certains cas dans lesquels il convient de ne faire ni l'hystérectomie abdominale totale, ni l'hystérectomie vaginale; enfin il est des circonstances dans lesquelles on peut se contenter de recourir aux ligatures atrophiantes.

En ce qui concerne l'hystérectomie abdominale, je suis partisan de l'hystérectomie totale vraie, et je la réalise en assurant l'hémostase avant d'ouvrir les culs-de-sac vaginaux, chaque fois que cela est possible. Dans cette intervention, l'artère utérine est quelquefois difficile à lier, et souvent je me suis bien trouvé de pratiquer pour cette artère la vasotripsie à l'aide d'une forte pince, ce qui m'a permis de faire tout récemment encore une hystérectomie abdominale totale sans la moindre ligature. J'ajoute que je ne ferme jamais le vagin, qui constitue une excellente voie de drainage. Enfin je conserve systématiquement les annexes de l'utérus, quand cela ne présente aucun inconvénient; le récent travail de M. Jayle sur les résultats éloignés des opérations utéro-annexielles prouve suffisamment qu'il n'est pas indifférent de laisser à leur place les ovaires et les trompes, lorsqu'il n'y a pas d'indication à les enlever.

M. Reclus. — Je suis du même avis que M. Tuffier relativement à l'utilité de la conservation des annexes, que je n'extirpe que le moins possible dans l'hystérectomie abdominale totale.

Quant à l'artère utérine, je crois qu'on s'en préoccupe beaucoup trop, et je suis étonné qu'on ait tant insisté sur la façon de la traiter.

M. Richelot. — De la discussion qui a pris naissance à l'occasion de ma communication, il ressort nettement que, par suite des progrès successifs de la technique de l'hystérectomie abdominale totale, nous employons tous aujourd'hui des procédés très analogues, ne différant entre eux que par des nuances.

C'est ainsi que, en réalité, appliqué aux fibromes utérins, mon procédé ressemble beaucoup à celui de Kelly, auquel se sont ralliés la plupart des chirurgiens américains et dont M. Segond nous a vanté les avantages (Voir *Gazette Médicale*, 1897, p. 352). Il n'en diffère que par le mode de traitement d'un des ligaments larges, que je sectionne de haut en bas, tandis qu'on le sectionne de bas en haut dans le procédé américain. Je ne persiste pas moins à penser que mon opération se recommande par sa grande simplicité et par la suppression de tout ce qu'il est inutile de faire.

Dans le traitement des suppurations pelviennes, je me rapproche formellement du procédé américain. Après avoir dégagé le col utérin en avant, j'attaque autant que possible, en effet, les ligaments larges de bas en haut, de façon à aborder les poches purulentes par leur déclivité et à fuir les adhérences intestinales supérieures.

Si je ferme le vagin en terminant l'opération, c'est surtout pour faciliter l'hémostase. Je ne le fais d'ailleurs que dans les cas aseptiques où le drainage est inutile.

M. Reynier m'a reproché la trop longue durée de l'acte opératoire. Or, l'ablation de l'utérus par mon procédé peut se faire en six ou sept minutes, et j'exécute souvent l'opération entière en vingt-cinq minutes.

Ablation de tumeurs nasopharyngiennes par la voie nasale.

M. Picqué. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail de M. Gaudier (de Lille), relatif à deux cas d'ablation de tumeurs nasopharyngiennes par la voie nasale. Dans les deux observations, l'examen histologique a montré qu'il s'agissait de sarcomes.

La voie nasale ne me paraît justifiée que dans des cas rares, lorsque la base d'implantation de la tumeur est plutôt nasale que pharyngienne, et j'ai eu, pour ma part, l'occasion de l'utiliser récemment chez un malade que j'ai opéré à la Maison municipale de santé. Or, je dois dire que M. Gaudier, dans ses observations, ne nous a pas donné de détails suffisamment précis au point de vue de l'implantation des tumeurs qu'il a enlevées.

D'autre part, quand on a affaire, comme dans les cas de M. Gaudier, à des néoplasmes dont la nature maligne est démontrée par le microscope, la voie nasale ne saurait convenir, et seule l'intervention par la voie palatine permet de surveiller convenablement l'apparition des récidives, grâce à la brèche qu'elle laisse après elle.

M. Picqué communique également quatre rapports concernant : 1° une observation de cure radicale d'une volumineuse hernie inguinale, adressée par M. Gilis (de Montpellier); 2° un fait de péritonite herniaire, présenté par M. Le Mounier (de Rennes); 3° une entérectomie pour anus contre nature consécutif à une hernie crurale, pratiquée par M. Grinda (de Nice); 4° un cas d'ostéome du coude observé par M. Brault (médecin militaire) à la suite d'un coup de pied de cheval.

M. Témoin (de Bourges) lit une observation relative à une tumeur qui, accolée au bord mésentérique de l'intestin, avait été prise pour un néoplasme intestinal et qui, d'après l'examen histologique, était constituée par une rate accessoire.

(*Semaine médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 décembre 1897.

Ostéomyélite vertébrale.

M. A. Chipault. — L'ostéomyélite vertébrale est, par son aspect clinique particulier, son diagnostic possible, son traitement opératoire nécessaire, l'une des plus utiles à connaître parmi les affections rachidiennes non tuberculeuses.

C'est une affection rare : des recherches bibliographiques aussi complètes que possibles ne m'ont permis d'en relever que vingt-huit observations dues à Ballance, Brietze, Colomiatti, Dopfer, Hahn, Joel, Hœnig, Lanne-

longue, Lopez, Lucas, Makins, Moriau, Müller, Poirier, Tissier, Totherick, Valleix.

Ces observations suffisent, du reste, pour autoriser les considérations suivantes :

1° L'ostéomyélite vertébrale se présente, quatre fois sur cinq, chez des adolescents du sexe masculin; on a trouvé dans ses foyers soit le staphylocoque, soit le streptocoque; elle peut constituer le foyer unique ou seulement l'un des foyers de l'infection ostéomyélitique.

2° L'ostéomyélite vertébrale, qui peut siéger à tous les niveaux du rachis et sur toutes les parties des vertèbres, préfère la région lombaire et les arcs; l'os où elle se localise devient toujours le point de départ de collections purulentes qui, parfois, envahissent l'espace périméningé en provoquant de la myélite, et qui, plus souvent, fusent dans les parties molles périrachidiennes en s'étalant à la face postérieure des lames ou en gagnant, en avant, le tissu cellulaire rétro-pharyngien, le médiastin, le psoas, le petit bassin; ces collections, dont la direction est très analogue à celle des collections ossifluentes du mal de Pott, offrent, malgré leur progression beaucoup plus rapide, une tendance moindre à rompre les barrières aponévrotiques ou séreuses qu'elles rencontrent.

3° L'ostéomyélite vertébrale provoque, outre les phénomènes généraux de toute ostéomyélite, les phénomènes locaux les plus divers. Est-elle localisée aux arcs, ce sont des signes de collection purulente profonde; est-elle localisée aux corps, ce sont, outre de la rigidité rachidienne à laquelle ne s'ajoute que bien rarement une gibbosité, des signes particuliers suivant le niveau du foyer; signes d'abcès rétro-pharyngien s'il est cervical; signes d'abcès du médiastin s'il est dorsal; enfin, s'il est lombaire, signes d'abcès psoïque avec flexion des cuisses et distension abdominale. Les symptômes myélitiques ne se montrent que dans un tiers des cas.

Le pronostic est absolument fatal : aucun malade, abandonné aux moyens médicaux, n'a dépassé le trentième jour après le début des accidents.

4° L'ostéomyélite vertébrale nécessite, toutes les fois qu'elle est diagnostiquée, un traitement opératoire immédiat et hardi, ayant pour but l'ouverture, l'évacuation et la désinfection aussi complète que possible du foyer malade.

Trois malades atteints d'ostéomyélite vertébrale ont été redevables de leur guérison à une intervention chirurgicale : l'un, opéré par Otto Hahn pour une ostéomyélite des arcs lombaires, a été suivi six mois, au bout desquels il était en parfait état : le second, opéré par Morian pour une ostéomyélite de même siège qui nécessita la résection d'un arc nécrosé, survivait, en parfait état également, au bout d'un an et demi; enfin le troisième, opéré par moi-même en 1890, pour une ostéomyélite des corps vertébraux lombo-sacrés, avec abcès pelvien énorme, est aujourd'hui, sept ans après l'intervention, dans les meilleures conditions.

Résection du pylore.

M. Monprofit rapporte une observation de résection du pylore pour sténose cicatricielle avec guérison. Il s'agit d'une jeune fille qui avala un liquide caustique et présenta, au bout de quelques mois, des phénomènes de rétrécissement pylorique : vomissements, dilatation stomacale, amaigrissement considérable.

Le pylore était extrêmement rétréci, et la dilatation digitale fut impossible; on en pratiqua alors la résection, et le duodénum fut suturé à l'estomac. La guérison eut lieu sans incidents et se fit normalement au bout de quelques jours; la malade reprit son embonpoint et revint à la santé.

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche avec grande mobilité. Guérison par le massage et la mobilisation immédiate.

M. Lucas-Championnière. — J'ai déjà montré que l'immobilisation n'était pas un élément indispensable ni même utile du traitement des fractures. « Les os mobilisés avec massage périphérique se réparent plus vite et plus parfaitement que ceux qui sont immobilisés. » Les membres massés sont souples et réparés dès la solidité obtenue.

J'ai apporté ici plus de cinquante observations de fracture de clavicule et montré plusieurs malades qui donnaient la preuve que, sans immobilisation, j'arrivais à un résultat supérieur à tous ceux obtenus par les appareils les plus compliqués.

Aujourd'hui, je montre un homme qui était atteint, il y a quarante jours exactement, d'une des plus mauvaises fractures de l'humérus au-dessus de l'articulation du coude, avec plusieurs fragments et mobilité en tous sens.

Cet homme souffrait cruellement et le coude paraissait devoir être déformé par le moindre mouvement. Pendant les quatre premiers jours, ce coude a été placé dans une gouttière. Au cinquième, il n'a plus été que soutenu par une écharpe simple jusqu'au dix-huitième jour et depuis, sans être fixé davantage. Le poids du membre devait suffire absolument à le maintenir en bonne situation. Après dix-huit jours, il n'était plus maintenu du tout.

Dès le premier jour, ce malade a été massé et les douleurs cruelles de la fracture ont été rapidement atténuées.

Dès que le membre a eu une solidité qui paraissait devoir éviter toute déformation ultérieure, au vingt-huitième jour, le malade a quitté l'hôpital et a continué à être traité à la consultation externe, par le massage et la mobilisation pendant trois semaines.

Il s'agissait ici d'une fracture grave, qui passe pour

avoir une mobilité très difficile à contenir. Dans l'immense majorité des cas, elle laisse après elle une raideur articulaire souvent irrémédiable.

Au lieu des six semaines que l'on assigne d'ordinaire pour la solidité de l'humérus brisé, nous avions un os solide en moins de trois semaines.

Le traitement s'était fait on peut dire sans douleur.

Un grand nombre de fractures de l'humérus sont justiciables du même traitement, toutes celles, par exemple, que l'on observe à quatre travers de doigt au-dessous du coude, et celles qui sont supérieures à l'insertion du deltoïde.

Les sujets adultes et les sujets âgés sont ceux qui bénéficient le plus de mon traitement.

Ces principes s'appliquent non seulement à toutes les fractures, mais aussi à la réparation de tous les tissus qui ont subi un traumatisme.

L'immobilité ne favorise point la réparation des tissus et des organes. Ceux-ci ont besoin du mouvement pour se réparer, comme ils ont besoin de mouvement pour vivre. L'immobilisation, qui a été et est encore un procédé banal en chirurgie, doit disparaître.

M. Marc Sée. — Le massage n'a d'autre action que d'aider à la résorption de la masse sanguine épanchée autour de la fracture. Or, la consolidation ne peut se faire qu'après la résorption de l'épanchement. J'ai montré que le massage pouvait être remplacé avantageusement par l'application de la bande de caoutchouc qui agit dans le même sens.

M. Péan. — J'admire le résultat obtenu par M. Lucas-Championnière. Mais il serait intéressant de savoir exactement le siège de la fracture; car il s'agit, comme il semble ici, d'une fracture transversale sans déplacement des fragments; il n'est pas étonnant d'obtenir une bonne consolidation. Mais, lorsqu'il y a un déplacement considérable, je crois qu'il ne faut pas abandonner complètement le maintien de la réduction par les appareils. On est plus certain, de cette façon, d'obtenir une consolidation du membre en bonne position.

M. Javal. — Dans un cas particulier, après l'opération de la cataracte, on tend en Allemagne à immobiliser le plus complètement possible l'œil; je crois que cette pratique est mauvaise et que l'immobilisation incomplète, avec faible compression suivant la méthode américaine, est beaucoup plus avantageuse.

M. Lucas-Championnière. — Je ferai remarquer à M. Péan que le malade que j'ai traité par le massage était atteint d'une fracture comminutive de l'extrémité inférieure de l'humérus, c'est-à-dire de la fracture qui a le plus de tendance au déplacement.

Lorsque j'ai eu à intervenir chirurgicalement après des fractures du coude, cela a toujours été chez des sujets que l'on avait traités par l'immobilisation au moyen des appareils.

Mais il est une règle qu'il ne faut jamais oublier dans le massage, c'est qu'on ne doit jamais toucher au foyer de la fracture.

M. Laborde présente, au nom de M. Guépin, une canule urétrale à double courant analogue à la sonde utérine de M. Budin.

(*Presse médicale*).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

ACTES OFFICIELS

Par arrêté du Ministre de l'instruction publique, en date du 14 décembre 1897, sont admis à concourir pour les bourses de doctorat de quatrième année, les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi, avec la note *bien*, le deuxième examen probatoire.

L'épreuve consiste : 1° en une composition de physiologie; 2° en une composition de chirurgie.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Anatomie. — MM. Lance, 12; Leduc, 6; Polle, 10; Mutzner, 8; Manté, 11; Sée, 3; Marmasse, 5; Foulon, 8; Mesley, 9; Kendirdjy, 11; Lefas, 11; Mahar, 8; Mcuriot, 9; Loisel, 9; Housquains, 8; Houselot, 10; Kermektchieff, 8; Javal, 3; Leclerc, 7; Halberchtadt, 9; Néret, 5; Labbé, 10; Lucius, 8; Edwards, 8; Gaston Legros, 10; Mouchotte, 3; Dambrin, 11; Raoul Coudert, 10; Tesson, 11; Pédebidou, 12; Ranson, 8.

Pathologie. — MM. Caubet, 12; Lortat-Jacob, 8; Mirconche, 10; Jules Lévy, 10; Mantoux, 9; Lenglet, 11; Lacapère, 12; Sentex, 7; Leb, 9; Girod, 10; Emile Condert, 10; Chéruy, 9; Milhiet, 13; Guillain, 12; Druelle, 9; Henri Voisin, 11; Toupart, 13; Rey, 7; Metley, 10; J. Vaillant, 11; Benoit, 6; Gongis, 10; Robillard, 8; Hallopean, 9.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Fêtes de Noël 1897 et du Premier de l'An 1898.

A l'occasion des Fêtes de Noël 1897 et du Premier de l'An 1898, la Compagnie d'Orléans a décidé que les billets aller et retour à prix réduits, qui seront délivrés aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, du vendredi 24 décembre inclus au mardi 4 janvier inclus, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du mercredi 5 janvier.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif lorsqu'elle expirera après le 5 janvier.

Le Rédacteur en chef Gérant : P. SEBILEAU.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE TOME I DE LA DIXIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1897

A

B

C

TABLE DES AUTEURS

A

B

C

D

E

F

G



29722. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau, Paris